

第3号様式（第4条、第6条関係）（凍結保管機関において記載）

凍結保管機関保存継続証明書（複数年保存用）

以下のとおり、都道府県が定める指定医療機関の妊孕性温存治療を受け、凍結保存した対象者の検体（精子、卵子、胚（受精卵）又は卵巣組織）の凍結保存の継続を行ったことを証明します。

医療機関記入欄（凍結保管機関の医師がご記入ください。）

対 象 者	ふりがな		性 別	男 ・ 女		
	氏 名					
	生年月日	年	月	日		
内 容	凍結保存した検体の種類（凍結保存実施日）	<input type="checkbox"/> 精子	(	年	月	日)
	※凍結保存した検体の <input type="checkbox"/> にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	<input type="checkbox"/> 未受精卵子	(	年	月	日)
	※もし複数日に渡って凍結した場合は、各()の下の余白に終了日を記入してください。	<input type="checkbox"/> 胚（受精卵）	(	年	月	日)
		<input type="checkbox"/> 卵巣組織	(	年	月	日)
	総凍結保存期間	開 始 日	年	月	日	( 歳)
	※支払い済みの保存期間全体を記入してください。	終 了 日	年	月	日	
	今回継続を証明する凍結保存期間（1年分）	開 始 日	年	月	日	( 歳)
		終 了 日	年	月	日	
証明書記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
医療機関名 _____						
住所 _____						
凍結保管機関主治医氏名 _____ (※自署)						