

凍結保管機関保存継続証明書（複数年保存用）

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

対象者	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名			
	生年月日	年	月	日

凍結保存した組織等 (いずれかの番号に○をつけてください)	1 精子 2 未受精卵子 3 胚（受精卵） 4 卵巣組織
----------------------------------	---------------------------------------

妊孕性温存治療実施日（※1） (複数日にわたって凍結した場合は、() 内に実施開始日～終了日と記載。 上記1～4それぞれを凍結した場合は、それぞれ記載してください。)	年 月 日 ()
--	--------------

凍結保存期間 (凍結保存開始日～凍結保存終了日)	年 月 日 ～ 年 月 日
-----------------------------	------------------

証明書記入日 年 月 日

上記のとおり、横須賀市がん患者等妊孕性温存治療に関する助成要綱第3条第2項に定める助成対象者に対し行われた、妊孕性温存治療実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存治療により凍結した精子、卵子、胚（受精卵）又は卵巣組織について、

証明欄	更新年数	保存期間（令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日）
○	保存更新1回目 (保存2年目)	
	保存更新2回目 (保存3年目)	
	保存更新3回目 (保存4年目)	
	保存更新4回目 (保存5年目)	
	保存更新5回目 (保存6年目)	

凍結保存の継続期間のうち、○をつけている期間の保存更新を行ったことを証明します。

医療機関名 _____

住所 _____

主治医氏名 _____
(※自署)

※1 精子、未受精卵子、胚（受精卵）又は卵巣組織の凍結保存を行った日をいう。