

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業指定医療機関指定申請書

茨城県知事 殿

開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業における指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、「茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業指定医療機関指定要項」の定める事項に従います。

記

申請対象 (該当するものにチェック)		<input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関 <input type="checkbox"/> 温存後生殖補助医療実施医療機関					
医療機関	名称	電話 ( )					
	所在地						
	医療機関コード						
開設年月日		年 月 日					
開設者	住所(※1)						
	氏名(※2)						
1. 学会による認定等 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、日本産科婦人科学会の承認（仮承認を含む）を受けている。 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、日本泌尿器科学会の承認（仮承認を含む）を受けている。 <input type="checkbox"/> 温存後生殖補助医療実施医療機関として、日本産科婦人科学会の承認（仮承認を含む）を受けている。  2. 実施事項 <input type="checkbox"/> 指定医療機関に求められる「茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業指定医療機関指定要項」に定める事項（妊孕性温存療法指定医療機関にあつては第4条、温存後生殖補助医療指定医療機関にあつては第4条の2）を実施できる。							

※1) 開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地  
 ※2) 開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名

妊孕性温存療法に係る治療内容について

医療機関名 \_\_\_\_\_

実施する治療内容すべてに○を付してください。

	胚（受精卵）凍結に係る治療
	未受精卵凍結に係る治療
	卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む）
	精子凍結に係る治療
	精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療

温存後生殖補助医療に係る治療内容について

医療機関名 \_\_\_\_\_

実施する治療内容すべてに○を付してください。

	妊孕性温存療法で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療
	妊孕性温存療法で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療
	妊孕性温存療法で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療
	妊孕性温存療法で凍結した精子を用いた生殖補助医療
	妊孕性温存療法の精巣内精子採取術で凍結した精子を用いた生殖補助医療