

様式第5号（第5条関係）

美作市若年がん患者妊孕性温存治療に起因する凍結保存更新実施証明書

以下のとおり、妊孕性温存治療を実施した被実施者に対して保存を継続する意思の有無の確認をし、同意を得た上で実施した凍結保存の更新について費用を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

妊孕性温存治療主治医氏名

印

妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
凍結保存更新日	年 月 日	
凍結保存期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
保存内容	精子 ・ 未授精卵子 ・ 胚（受精卵） ・ 卵巢組織	
領収金額合計	円	

備考 日本産婦人科学会「精子の凍結保存に関する見解」「医学的適応による未授精卵子、胚（受精卵）および卵巢組織の凍結・保存に関する見解」に基づくものとする。