第３号様式（妊よう性温存治療実施機関において記載）

妊よう性温存治療実施日証明書

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　（　　　歳） | | | | |
| 凍結保存した組織等  （該当の番号に〇をつけてください） | | | １　精子  ２　未受精卵子  ３　胚（受精卵）  ４　卵巣組織 | | | |
| 妊よう性温存治療実施日（※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  （　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 証明書記入日　　　　年　　月　　日    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）、卵巣組織の凍結保存を行った日をいう。