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。