第３号様式（妊よう性温存治療実施機関において記載）

記載例

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 | よこはま　はなこ | | | 性別 | 男　・　女 |
| 氏名 | 横浜　花子 | | |
| 生年月日 | １９９０　年３　月　９日　（　　３４　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  （　　　2024年６月７日～　　　　　　　　2024年６月13日　　　　） | | |
| 証明書記入日　2024年１０月23日    医療機関名　　　〇〇病院  住所　　　横浜市中区山下町〇－〇－×  主治医氏名　 関内　市子  押印不要です。  　　　　　　（※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。