第５号様式（凍結保管機関において記載）

凍結保管機関保存継続証明書（複数年保存用）

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 | | | | |
| 凍結保存した組織等  （いずれか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  （　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 凍結保存更新期間  (凍結保存更新開始日～凍結保存終了日) | | | | 年　　月　　日  ～　　　　年　　月　　日 | | |
| 証明書記入日　　　　　　年　　　月　　日    上記のとおり、横浜市がん患者等妊よう性温存治療に関する助成要綱第３条第２項に定める助成対象者に対し行われた、妊よう性温存治療実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存治療により凍結した精子、卵子、胚（受精卵）又は卵巣組織について、   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 保存更新１年目 |  | |  | 保存更新２年目 |  | |  | 保存更新３年目 |  | |  | 保存更新４年目 |  | |  | 保存更新５年目 |  |   凍結保存の継続期間のうち、〇をつけている期間の保存更新を行ったことを証明します。  　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。