様式第１－３号

山口県
小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書
（原疾患治療実施医療機関）

事業対象となる生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した（実施予定である）ことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

原疾患治療主治医氏名

（自署）

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日・性別等	年　　月　　日生　　男　・　女
治療方法	原疾患について	
	原疾患名（※） （　　）	左記の診断日 年　　月　　日 診断医療機関名 （　　）
	原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療	
	治療内容に〇を付けてください。 （複数可） １薬物療法 ２放射線療法 ３その他 （　　）	事業の対象となる原疾患治療を開始した日又は開始予定日 年　　月　　日 実施医療機関名 （　　）
妊孕性温存療法実施医療機関名 （　　）		
妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 （いずれかの番号に〇を付けてください）	１　１回目の申請 ２　２回目の申請 （１回目の申請は同一都道府県） ３　２回目の申請 （１回目の申請は他の都道府県） →都道府県名［　　］	

※　原疾患名の欄には、がん等の診断名（例：悪性リンパ腫、再生不良性貧血など）を記載してください。