

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費助成事業指定医療機関指定申請書

神奈川県知事 様

開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費助成事業における指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定のうえは、神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費助成事業指定病院指定要領第3条に定める事項を実施します。

医療機関	名称	電話（ ）					
	所在地						
	医療機関コード						
開設年月日		年 月 日					
開設者	住所（※1）						
	氏名（※2）						
<p>1. 学会による認定等</p> <p><input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、日本産科婦人科学会の認定を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、日本泌尿器科学会の認定を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会の医学的適応による未受精卵子、胚（受精卵）及び卵巣組織の凍結・保存に関する登録施設である。（※3）</p> <p>2. 実施事項</p> <p><input type="checkbox"/> 「神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費助成事業指定病院指定要領」第3条に定める事項を実施できる。</p>							

※1）開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地

※2）開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名

※3）日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が医療機関を認定するまでの期間についてのみ指定医療機関の要件を満たす。