

秋田県知事 様

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）

なお、指定の上は、「秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業実施要綱」の定める事項に従います。

記

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)						
1. 学会による認定等 ☐ 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承認（仮承認を含む）を受けている。 ☐ 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承認（仮承認を含む）を受けている。 ☐ 温存後生殖補助医療実施医療機関として、日本産婦人科学会の承認（仮承認を含む）を受けている。 2. 実施事項 ☐ 指定医療機関に求められる国実施要綱の7に定める事項を実施できる。							

※1) 開設者が法人の場合、法人の主たる事務所の所在
※2) 開設者が法人の場合、法人の名称及び代表者氏名