

千葉県小児・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。

証明書を作成した日付

2024年4月20日

※手書きの場合は、必ず黒のボールペンで記入してください。  
(消えるボールペン、鉛筆、シャープペンシルは不可)  
※訂正の際は、証明者(証明機関)が二重線を引き、訂正印®

妊孕性温存療法実施医療機関の証明書  
(様式第1-2号)記載の原疾患主治医と  
同一であることを確認しています。  
必要時、連名可!

所在地 千葉県千葉市中央区市場町〇-〇-〇

名称 ××病院

乳腺外科

原疾患治療主治医氏名(自署)

△△ □□

妊孕性温存療法を受けた又は受ける予定の者	ふりがな	ちば はなこ	
	氏名	千葉 花子	
	生年月日・性別等	1985年4月1日生 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
治療方法	原疾患について		
	原疾患名(※)	左記の診断日	
	治療内容に○を付けてください。(複数可)	2024年3月10日	
①薬物療法		診断医療機関	
②放射線療法	( 〇〇病院 )		
③その他	原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療		
	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		
	2024年5月10日(開始予定)		
	実施医療機関		
	( 〇〇病院 )		
妊孕性温存療法実施医療機関名			
( ××病院 )			
妊孕性(妊孕性)	今回が何回目の申請か、当てはまる選択肢に○を付けてください。		
・1回分の申請の場合: いずれかの番号に○を付けてください。	① 1回目の申請		
・2回分まとめて申請する場合: 1と2に○を	② 2回目の申請 (1回目の申請は千葉県)		
	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

患者が千葉県以外の都道府県で過去に本事業助成を受けている場合は助成を受けた都道府県名を記入してください。

ださい。