

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

令和 8 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、証明書(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!

医療機関の所在地

千葉県千葉市中央区市場町〇-〇-〇

医療機関の名称

××病院

科

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	平成 2 年 4 月 1 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	
	乳がん	令和 8 年 3 月 10 日	
		診断医療機関名 (〇〇病院)	
	原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療		
	該当するものに○を付けてください。		
	☐ ① 小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存療法(日本癌治療学会)の妊孕性低下リスク分類(①の場合は以下も確認すること) ☒ 具体的な治療内容について、様式第1-3-2号にチェックを付け、添付済み		
	☐ ② 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定(療法)等		
	☐ ③ 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患:再生不良性貧血(ファンconi貧血等)、原発性免疫不全症候群、先天代謝異常症、ラフセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性EBウイルス感染症等		
	☐ ④ アルキル化剤が投与される非がん疾患:全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、多発性筋炎・皮膚筋炎、ベーチェット病等		
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		令和 8 年 5 月 10 日	
実施医療機関名		(××病院)	
妊孕性温存療法実施医療機関名 ※正式な指定医療機関名を記載ください		(△△病院)	
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 1回目の申請 ② 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名	
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。 2回分まとめて申請する場合: 1と2に○を付けてください。		妊孕性温存療法実施のため紹介する医療機関名を記載してください。院内他科へ紹介する場合は、自施設の名称を記載してください。	
同時申請の場合は、1と2両方に○を付けてください。		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。	