

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請に係る証明書
（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の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 _____

原疾患治療主治医診療科 _____

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	年	月	日	男・女
今回の原疾患 とそれに対す る治療方法	原疾患				
	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				
1 薬物療法 2 放射線治療 3 その他 ()	左記の治療開始日又は開始予定日 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○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：山梨県） 3 2回目の申請（1回目：他都道府県） （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。

