様式第４－１号（第10条関係）

年　　　月　　　日

高知県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業

指定医療機関指定申請書

高知県知事　　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）

　高知県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進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、指定の上は、「高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）」の定める事項に従います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請対象（該当するものにチェック）  | □ 妊よう性温存治療実施医療機関□ 温存後生殖補助医療実施医療機関 |
| 医療機関 | 名　称 | 電話（　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地 |  |
| 地方厚生（支）局が指定する保険医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 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* 妊よう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。
* 妊よう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、日本産科婦人科学会の承認（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「高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）」の別表第３（６を除く）に定める事項を実施できる。
 |

※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