

新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業
指定医療機関指定申請書

新潟県知事 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）

新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成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、「新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業実施要綱」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)		<input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法治療費助成事業実施医療機関 <input type="checkbox"/> 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						
	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 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法治療費助成事業実施医療機関（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。 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法治療費助成事業実施医療機関（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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 指定医療機関に求められる「新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業実施要綱」の5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