様式第１号

年　　　月　　　日

大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業登録医療機関登録申請書

　　大阪府知事　　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）

　大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業実施要綱第６条における登録医療機関として登録を受けたいので申請します。

　なお、登録の上は、「大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業実施要綱」の定める事項に従います。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） |  |
| 本事業の責任者（※３） |  |
| 以下の要件を必ず確認のうえ、該当する項目にチェックしてください。[ ] 医療法第１条の５第１項に定める病院又は同条第２項に定める診療所である。[ ] 産科、婦人科又は産婦人科を標榜している。[ ] 本事業の対象者が本事業によるＡＭＨ検査を受ける際、次のアからウの手順を遵守する。ア 受検前に、府が別途示す資料を用いて対象者に対し本事業の目的や内容を説明する。イ ＡＭＨ検査の結果判明後、対象者に対し、結果を口頭で説明するとともに、結果等を踏まえたプレコンセプションケアに関する助言や、本事業による卵子凍結を実施することが適当かに関する判断を行う。ウ ＡＭＨ検査の結果について、検査機関が発行する書面又は保有する検査機器から出力された書面（いずれも印字されたものとする。）を本事業の対象者へ交付するとともに、イにおいて卵子凍結が適当と判断した場合には、別途府が示す証明書へ、結果及び卵子凍結が適当と判断した旨を記載する。[ ] 府が必要に応じて実施する現地調査、本事業に関する書類の提出依頼又は口頭での質問への回答に協力する。 |

※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

※３）府が開催する本事業の説明会へ参加した医師に限る