様式第２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指定医療機関指定申請書

　　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７条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、「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。  公益社団法人日本産科婦人科学会により、医学的適応による未受精卵子凍結・保存に関する  登録を行われている施設である。  本事業の対象者が本事業による卵子凍結や生殖補助医療を受ける際、次のアからウの手順  を遵守する。  ア 卵子凍結の実施前に、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 卵子凍結を実施した場合は、原則として当該施設内で凍結維持管理を行う。  ウ 卵子凍結及び生殖補助医療の実施後、別途府が示す証明書へ実施内容を記載する。  凍結卵子の売買・譲渡その他第三者への提供に係る仲介・あっせんは、いかなる場合においても行わない。  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