

## 卵子凍結への支援に向けた調査事業協力申請書

関係書類を添えて下記のとおり卵子凍結への支援に向けた調査事業への協力を申請します。  
凍結卵子を使用する場合は、43歳未満での使用意思を有します。  
また、東京都が卵子凍結に係る受診状況について登録医療機関へ照会することに同意します。

### 記

（ ふりがな ）	
申込者 氏 名	
生年月日	年      月      日      （満      歳）
住 所	（〒      —      ）
電話番号	—      —
メールアドレス	
参加者ID	
対象者確認	<input type="checkbox"/> 不妊治療を目的に採卵するものではありません。 <input type="checkbox"/> 若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業（小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業）の対象となる採卵ではありません。
申請者 氏 名	_____
年      月      日	東京都知事      殿

申請受付日

参加者ID

- (注) 1 太枠の中を記入してください。  
 2 申込者は卵子凍結の実施を希望する本人としてください。  
 3 以下の書類を添付してください。  
 (1) 誓約書（別紙）  
 (2) 住民票の写し（説明会申込日と事業参加申請日時点でお住まいの区市町村が異なる場合は併せて戸籍の附票の写し）