

卵子凍結への支援に向けた調査事業登録医療機関登録申請書

卵子凍結への支援に向けた調査事業実施要綱第3の規定による登録医療機関の登録を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。
また、別紙第1-2号様式の事項を遵守することを誓約します。

令和5年9月29日現在

医療機関名	都庁レディースクリニック		
住 所	〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号28階北側		
	TEL : 03-5321-1111 FAX : 03-5321-1111		
担当者氏名	都庁 太郎 (部署名 不妊診療科)		
体外受精・胚移植の臨床実施について	日本産科婦人科学会への登録 (2020年 10月登録)		
ヒト胚および卵子の凍結保存と移植について	日本産科婦人科学会への登録 (2020年 10月登録)		
顕微授精について	日本産科婦人科学会への登録 (2020年 10月登録) ・ 無		
(フリガナ) 管理者氏名	トウキョウ カズオ 東京 一男		
(フリガナ) 実施責任者氏名	トウキョウ カズオ 東京 一男	<input checked="" type="radio"/> 常勤 ・ 非常勤	日本生殖医学会認定生殖医療専門医の資格 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無
(フリガナ) 実施医師氏名	氏名	※当てはまる方に○	※当てはまる場合は○
	トウキョウ カズオ 東京 一男	<input checked="" type="radio"/> 常勤 ・ 非常勤	<input checked="" type="radio"/> 生殖医療専門医
※全員記入すること。実施責任者と同一人でも可。	トウキョウ カズオ 東京 一子	<input checked="" type="radio"/> 常勤 ・ 非常勤	生殖医療専門医
標榜している診療科名	産婦人科		
卵子の凍結保管を行う施設 ※自施設で卵子の保管を行わない場合は記載	提携保管機関の名称	西新宿バンク	
	実際の保管場所の名称及び所在地	西新宿バンク 東京都新宿区西新宿二丁目8-1 地下1階	
関係書類 (1) 誓約書（別紙1-2号様式） (2) 常勤証明書（別紙1-3号様式） (3) 卵子凍結実施に当たっての、対象者への説明文書及び同意書様式（医療機関で使用している様式） (4) 公益社団法人日本産科婦人科学会の定める学会見解に基づく諸登録の申請受理通知書又は更新申請受理通知書の写（最新のもの） (5) 生殖医療専門医の認定証の写 (6) 提携保管機関との契約書の写（自施設で卵子の保管を行わない場合は添付）			