

様式第4号

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業 実施医療機関指定申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

医療機関の名称

所在地

代表者氏名

印

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱に基づき、実施医療機関の指定を受けたいので申請します。

指 定 事 項	体外受精		顕微授精	
	産婦人科	産 科	婦人科	
治療従事者の状況	体外受精 顕微授精に係る 従事者	医師 助産師 看護師 胚培養士 その他	人(常勤 人 人 人 人(職種	・非常勤 人))
	実施責任者 職名及び氏名	職名 氏名		
日本産科婦人科 学会登録状況	体外受精・胚移植の臨床実施 に関する登録		登録 年 月 日	
	顕微授精・胚移植の臨床実施 に関する		登録 年 月 日	
治 療 実 績 (過去1年分)	体 外 受 精	治療を行った患者数 妊娠数(胎嚢が確認されたもの) 出生児数	人 人 人	
	顕 微 授 精	治療を行った患者数 妊娠数(胎嚢が確認されたもの) 出生児数	人 人 人	

* 指定事項欄は、該当治療方法を○で囲んでください。

* 様式4号の2および様式4号の3を添付すること。