

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(採卵・胚移植を行う医療機関)
(指定 ・ 更新) 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 (記名押印又は署名)

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 ・ 更新) を受けたいので申請します。

指 定 事 項	体外受精	顕微授精
標榜診療科目	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 人(常勤 人・非常勤 人) 助産師 人 看護師 人 胚培養士 人 その他 人(職種)
	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 人 妊娠数(胎嚢が確認されたもの) 人 出生児数 人
	顕 微 授 精	治療を行った患者数 人 妊娠数(胎嚢が確認されたもの) 人 出生児数 人

* 指定事項欄は、該当治療方法を○で囲んでください。

* 「実施医療機関(採卵・胚移植を行う医療機関) 基準チェックリスト」を添付すること。