

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(手術により精子の採取を行う医療機関)

( 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	精巣内精子回収術			
	産婦人科	産 科	婦人科	泌尿器科
治療従事者の状況	精巣内精子回収術に係る従事者	医師 看護師 その他	人(常勤 人 人(職種	人・非常勤 人)
	実施責任者 職名及び氏名	職名 氏名		
治療実績 (過去1年分)	精巣内精子回収術	治療を行った患者数		人

\*「実施医療機関(手術により精子の採取を行う医療機関)の基準チェックリスト」を添付すること。