

妊よう性温存治療実施日証明書

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

対象者	ふりがな	よこはま はなこ	性別	男 ・ 女
	氏名	横浜 花子		
	生年月日	1990 年 3 月 9 日 （ 34 歳）		
凍結保存した組織等 （該当の番号に○をつけてください）		1 精子 2 未受精卵子 3 胚（受精卵） 4 卵巣組織		
妊よう性温存治療実施日（※1） （複数日にわたって凍結した場合は、（ ）内に実施開始日～終了日と記載。上記1～4それぞれを凍結した場合は、それぞれ記載してください。）		年 月 日 （ 2024 年 6 月 7 日～ 2024 年 6 月 13 日 ）		
証明書記入日 2024 年 10 月 23 日				
医療機関名 〇〇病院				
住所 横浜市中区山下町〇-〇-×				
主治医氏名 関内 市子 （※自署）				

押印不要です。

※1 精子、未受精卵子、胚（受精卵）、卵巣組織の凍結保存を行った日をいう。