医学的適応による精子および精巣又は精巣上体精子の　　　　（様式1）

凍結・保存に関する登録申請書

一般社団法人日本泌尿器科学会　　御中

下記について申請致します。

西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　施　設　名

　　　実施責任者

　　　役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・機関名 |  |
| 実施する対象 | □　精子　　　　　　□　精巣又は精巣上体精子　　　　　　　 |
| 住所 | 〒TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| （　フ　リ　ガ　ナ　）施設・機関責任者　役職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| （　フ　リ　ガ　ナ　）実施責任者名 |  |
| （　フ　リ　ガ　ナ　）実施医師名＜全員記入のこと＞ |  |
| （　フ　リ　ガ　ナ　）実施協力者名＜全員記入のこと＞ |  |

但し、精巣又は精巣上体精子の凍結を行う場合は、必要に応じて実施施設の状況（手術室、麻酔科医師、その他の専門的職員の勤務状態など）を個別に問い合わせることがあります。

【添付書類】　-書類について欠落がないか□欄にチェックの上ご提出下さい-

* 「実施責任者」、「実施医師」、「実施協力者」全員の履歴書
* 被実施者の同意を含めたインフォームド・コンセントの用紙、凍結・保存管理法などの説明のための関連文書（同意のための用紙と説明のための文書は別々であること）

【連絡先】　氏名：　　　　　　　　　　　　所属部署：　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：

（令和3年9月作成）