医学的適応による精子および精巣又は精巣上体精子の凍結・保存の実施症例 　 （様式3）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 病　名 | 凍結した  精子の由来\* | 実施した  年 月 | 年齢\*\* | 実施施設 | 凍結・保存施設 |
| 1 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 2 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 3 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 4 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 5 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 6 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 7 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 8 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 9 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 10 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 11 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 12 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 13 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 14 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 15 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 16 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 17 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 18 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 19 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |
| 20 |  |  | 年 月 | 代 |  |  |

申請前年の1月から12月までの実施症例を記載してください。要件を満たす症例数以上を記入すれば1年間の症例の一部でも可。

\* 凍結した精子の由来（精液、精巣、精巣上体）について記載してください。

\*\* 10代、20代、･･･のように記載してください。 　 実施責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿