顕微授精に関する登録申請

日本産科婦人科学会　　殿

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 |  |
| 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＞ |  |

【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」全員、「実施協力者」全員の履歴書
* 実施場所の見取り図および設備内容の概略
* 被実施者夫婦の同意を含めたインフォームド・コンセントの用紙、顕微授精の方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）

（平成28年8月改定）