**着床前遺伝学的検査におけるART診療の担当医用**

**症例申請に関する意見および申請承諾の確認**

私は着床前遺伝学的検査におけるART診療の担当医です。私は申請する症例が重篤な遺伝性疾患を対象とした着床前遺伝学的検査の見解に示された重篤な遺伝性疾患の重篤性の定義＊に該当しており、かつ臨床背景に鑑みて症例審査の対象となると判断いたします。

＊原則，成人に達する以前に日常生活を強く損なう症状が出現したり，生存が危ぶまれる状況になり，現時点でそれを回避するために有効な治療法がないか，あるいは高度かつ侵襲度の高い治療を行う必要がある状態　（本定義の解釈についてはPGT-Mに関するQ＆Aの「疾患の重篤性について」を参照）

申請症例の遺伝性疾患名：　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

疾患重篤性に関して審査対象となりうると考える理由：

臨床背景に関して審査対象となりうると考える理由：

年　　　月　　　日

　　　　　　　所属施設名：

氏名（署名）：

連絡先メールアドレス：