

(様式 3-1)

着床前診断実施施設認可証

承認番号 〇〇〇

施設 の 名 称

施設 の 住 所

施設 長 名

殿

実 施 責 任 者

殿

このたび、貴施設からの「着床前診断実施施設」の申請  
に関しまして、実施施設として認可いたしましたので、通  
知します。なお、申請内容に変更がある場合には、速やか  
に学会までご報告下さい。

西 暦            年            月            日

公益社団法人    日本産科婦人科学会    理事長    木村    正

(印)