

(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)