



【新規登録申請】妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）施設認定申請フォーム

■本サイトは、**妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関施設）登録申請（新規）**のページです■

妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関施設）登録申請を希望する施設は、下記に申請内容を記入し、必要書類をフォームに添付して送信してください。

【必要書類】

- 1) 日本産科婦人科学会 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）の施設登録申請に対する施設長の承認書類（第一号様式、要公印）（※）
- 2) 研究事業（令和3年度厚生労働行政推進調査事業費（がん対策推進総合研究事業）「小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法のエビデンス確立を目指した研究—安全性（がん側のアウトカム）と有効性（生殖側のアウトカム）の確立を目指して」への協力施設の承認書類
- 3) 日本がん・生殖医療登録システム（JOFR: Japan Oncofertility Registry）による登録事業への参加施設承認書類
- 4) 日本産科婦人科学会専門医／日本生殖医学会生殖医療専門医の常勤の証明書類（第二号様式）（※）
- 5) 「実施医師」「意思決定支援の資格者」全員の履歴書（第三号様式、第四号様式）（※）
- 6) 都道府県が認可する妊孕性温存実施施設としての承認書類（承認後の後日別途添付送信）（※）

※1) 日本産科婦人科学会 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）の施設登録申請（第一号様式）には公印の押印をお願いいたします。

※4)（第二号様式：常勤証明書）「日本産科婦人科学会専門医」「日本生殖医学会生殖医療専門医」が同一人物の場合は、常勤の証明は1通で可能です。

※5) 「第三号様式：実施医師履歴書」「第四号様式：意思決定支援の資格者の履歴書」でご提出ください。機構専門医の先生は、機構認定専門医認定証に記載の番号を、専門医登録番号記載欄に記入してください。

※6) 自治体の承認証が交付された後に、再度本フォームにアクセスして添付して送信してください。この自治体の承認証の添付送信が完了した後に、本会が認定する妊孕性温存療法実施医療機関となります。既に自治体から承認を得ている場合は同時に提出いただくことで「仮承認」ではなく「承認」とさせていただきます（移行期間のみの運用となります）。

=====

■本システムセキュリティについて

このサービスでのデータの送信はSSL暗号化通信で行われ、添付ファイルの一時保管は外部攻撃に備えた高いセキュリティのサーバー上で行われております。

■日本産科婦人科学会における個人情報保護に関する取組みについて

http://www.jsog.or.jp/modules/sitepolicy/index.php?content_id=1

受付期間	
会員番号	
氏名	
勤務先	
メールアドレス	

【施設情報】

登録された情報は本申請の照会にのみ利用いたします

1) 施設番号 必須

数字6桁の施設番号を入力してください

【施設検索はこちら】

http://www.jsog.or.jp/facility_program/search_facility.php

※北海道（01）～沖縄（47）まで並んでいます

※見つからない場合は「999999」（6桁の9）を入力

2) 施設名 必須

3) 施設責任者 役職 必須

「役職」（病院長、理事長など）をご記入ください

4) 施設責任者 氏名 必須

【申請内容】

5) 実施する対象 必須

※医学的適応施設として対象が承認されている必要があります。精子凍結保存のみの場合には、医学的適応施設申請は不要です。

【施設検索】 http://www.jsog.or.jp/facility_program/search_facility.php

- 1) 未受精卵子
- 2) 胚（受精卵）
- 3) 卵巣組織
- 4) 精子
- 5) 精子（精巣内）

6) 担当診療科責任者 役職 必須

「役職」（産婦人科教授、産婦人科部長、生殖医療センター長など）をご記入ください

7) 担当診療科責任者 氏名 必須

8) 日本産科婦人科学会専門医・氏名 必須

8-1) 日本産科婦人科学会専門医・専門医番号 必須

【入力例】○○○○○○○○○ N ○○○○

※「数字8桁の会員番号（上4桁は入会年が表示）」 + 「N」 + 「数字4桁（上2桁が専門医取得年、下2桁が専門医更新年）」

（14から始まるe医学会番号ではございません）

9) 日本生殖医学会生殖医療専門医・氏名 必須

9-1) 日本生殖医学会生殖医療専門医・専門医番号 必須

【実施医師名】

- ・全員ご記入ください。
- ・8名以上は氏名をまとめてご記入ください。

10-1) 実施医師（1人目）

10-1) 実施医師・氏名（1人目）

10-2) 実施医師 (2人目)

*実施医師 (2人目) 登録の有無

- ・実施医師 (2人目) の有無をチェックしてください。
- ・2人目以上を登録しない場合は「登録しない」にチェックしてください。実施医師の氏名の登録を終了して次の設問に移動します。

2人目を登録する 2人目以上は登録しない

10-2) 実施医師・氏名 (2人目)

10-3) 実施医師 (3人目)

*実施医師 (3人目) 登録の有無

- ・実施医師 (3人目) の有無をチェックしてください。
- ・3人目以上を登録しない場合は「登録しない」にチェックしてください。実施医師の氏名の登録を終了して次の設問に移動します。

3人目を登録する 3人目以上は登録しない

10-3) 実施医師・氏名 (3人目)

10-4) 実施医師 (4人目)

*実施医師 (4人目) 登録の有無

- ・実施医師 (4人目) の有無をチェックしてください。
- ・4人目以上を登録しない場合は「登録しない」にチェックしてください。実施医師の氏名の登録を終了して次の設問に移動します。

4人目を登録する 4人目以上は登録しない

10-4) 実施医師・氏名 (4人目)

10-5) 実施医師 (5人目)

*実施医師 (5人目) 登録の有無

- ・実施医師 (5人目) の有無をチェックしてください。
- ・5人目以上を登録しない場合は「登録しない」にチェックしてください。実施医師の氏名の登録を終了して次

の設問に移動します。

5人目を登録する 5人目以上は登録しない

10-5) 実施医師・氏名 (5人目)

10-6) 実施医師 (6人目)

*実施医師 (6人目) 登録の有無

・実施医師 (6人目) の有無をチェックしてください。
・6人目以上を登録しない場合は「登録しない」にチェックしてください。実施医師の氏名の登録を終了して次の設問に移動します。

6人目を登録する 6人目以上は登録しない

10-6) 実施医師・氏名 (6人目)

10-7) 実施医師 (7人目)

*実施医師 (7人目) 登録の有無

・実施医師 (7人目) の有無をチェックしてください。
・7人目以上を登録しない場合は「登録しない」にチェックしてください。実施医師の氏名の登録を終了して次の設問に移動します。

7人目を登録する 7人目以上は登録しない

10-7) 実施医師・氏名 (7人目)

10-8) 実施医師 (8名以上)

*実施医師 (8名以上) 登録の有無

・実施医師 (8名以上) の有無をチェックしてください。
・8名以上を登録しない場合は「登録しない」にチェックしてください。実施医師の氏名の登録を終了して次の設問に移動します。

8名以上を登録する 8名以上は登録しない

10-8) 実施医師・氏名 (8名以上)

・8名以上は氏名をまとめてご記入ください。
・氏名の間は「、」で区切ってください (例：○山△子、○田△雄、○野△郎)。

【意思決定支援の資格者氏名・職名・資格】

- ・ 全員ご記入ください。
- ・ 4名以上は氏名をまとめてご記入ください。

*** 意思決定支援の資格者登録の有無 必須**

- ・ 意思決定支援の資格者がいる場合は、これ以降の欄に氏名・職名・資格を記入してください。
- ・ 意思決定支援の担当者が施設に不在の場合は下記をチェックして、意思決定支援の連携施設があれば、12) に連携施設名を記載してください。

資格者氏名を登録する 資格者は不在である

11-1) 意思決定支援の資格者 (1人目)**11-1) 意思決定支援の資格者・氏名 (1人目)****11-1-1) 意思決定支援の資格者・職名 (1人目)**

該当するものをチェックしてください

- 医師 看護師 薬剤師 臨床心理士 ソーシャルワーカー
- チャイルドライフスペシャリスト 遺伝カウンセラー 胚培養士
- その他 (下記に詳細をご記入ください)

11-1-1-1) 意思決定支援の資格者・職名・その他 (1人目)

その他の職名の詳細をご記入ください

11-1-2) 意思決定支援の資格者・資格 (1人目)

該当するものをチェックしてください

- がん・生殖医療専門心理士 認定がん生殖医療ナビゲーター
- その他 (下記に詳細をご記入ください)

11-1-2-1) 意思決定支援の資格者・資格・その他 (1人目)

その他の資格名の詳細をご記入ください

11-2) 意思決定支援の資格者 (2人目)

* 意思決定支援の資格者 (2人目) 登録の有無

- ・ 資格者 (2人目) の有無をチェックしてください。
- ・ 2人目以上を登録しない場合は「登録しない」にチェックしてください。資格者の氏名の登録を終了して次の設問に移動します。

2人目を登録する 2人目以上は登録しない

11-2) 意思決定支援の資格者・氏名 (2人目)

11-2-1) 意思決定支援の資格者・職名 (2人目)

該当するものをチェックしてください

- 医師 看護師 薬剤師 臨床心理士 ソーシャルワーカー
- チャイルドライフスペシャリスト 遺伝カウンセラー 胚培養士
- その他 (下記に詳細をご記入ください)

11-2-1-1) 意思決定支援の資格者・職名・その他 (2人目)

その他の職名の詳細をご記入ください

11-2-2) 意思決定支援の資格者・資格 (2人目)

該当するものをチェックしてください

- がん・生殖医療専門心理士 認定がん生殖医療ナビゲーター
- その他 (下記に詳細をご記入ください)

11-2-2-1) 意思決定支援の資格者・資格・その他 (2人目)

その他の資格名の詳細をご記入ください

11-3) 意思決定支援の資格者 (3人目)

* 意思決定支援の資格者 (3人目) 登録の有無

- ・ 資格者 (3人目) の有無をチェックしてください。
- ・ 3人目以上を登録しない場合は「登録しない」にチェックしてください。資格者の氏名の登録を終了して次の設問に移動します。

3人目を登録する 3人目以上は登録しない

11-3) 意思決定支援の資格者・氏名 (3人目)**11-3-1) 意思決定支援の資格者・職名 (3人目)**

該当するものをチェックしてください

- 医師 看護師 薬剤師 臨床心理士 ソーシャルワーカー
- チャイルドライフスペシャリスト 遺伝カウンセラー 胚培養士
- その他 (下記に詳細をご記入ください)

11-3-1-1) 意思決定支援の資格者・職名・その他 (3人目)

その他の職名の詳細をご記入ください

11-3-2) 意思決定支援の資格者・資格 (3人目)

該当するものをチェックしてください

- がん・生殖医療専門心理士 認定がん生殖医療ナビゲーター
- その他 (下記に詳細をご記入ください)

11-3-2-1) 意思決定支援の資格者・資格・その他 (3人目)

その他の資格名の詳細をご記入ください

11-4) 意思決定支援の資格者 (4名以上)*** 意思決定支援の資格者 (4名以上) 登録の有無**

- ・資格者 (4名以上) の有無をチェックしてください。
- ・4名以上を登録しない場合は「登録しない」にチェックしてください。資格者の氏名の登録を終了して次の設問に移動します。

- 4名以上を登録する 4名以上は登録しない

11-4) 意思決定支援の資格者・氏名 (4名以上)

- ・4名以上は氏名をまとめてご記入ください。
- ・氏名の間は「、」で区切ってください (例：○山△子、○田△雄、○野△郎)。

12) 意思決定支援の連携施設**12) 意思決定支援の連携施設**

意思決定支援の担当者が施設に不在の場合、意思決定支援の連携施設があれば施設名を記載してください

【昨年度の妊孕性温存療法の実績】**13) 未受精卵子凍結 必須**

実施件数を半角数字で入力してください

14) 胚（受精卵）凍結 必須

実施件数を半角数字で入力してください

15) 卵巣組織凍結 必須

実施件数を半角数字で入力してください

16) 精子凍結 必須

実施件数を半角数字で入力してください

17) 精子凍結（精巣内） 必須

実施件数を半角数字で入力してください

【必要書類の確認】

※4) 「日本産科婦人科学会専門医」「日本生殖医学会生殖医療専門医」が同一人物の場合は、常勤の証明は1通で可


18) 下記の必要書類が揃っていることを確認して添付してください 必須 全選択

この順番に並べてファイルを統合してください

1) 日本産科婦人科学会 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）の施設登録申請に対する施設長の承認書類（第一号様式、要公印）を添付します

2) 研究事業（令和3年度厚生労働行政推進調査事業費（がん対策推進総合研究事業）「小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法のエビデンス確立を目指した研究—安全性（がん側のアウトカム）と有効性（生殖側のアウトカム）の確立を目指して」への協力施設の承認書類を添付します


- 3) 日本がん・生殖医療登録システム（JOFR: Japan Oncofertility Registry）による登録事業への参加施設承認書類を添付します
- 4) 日本産科婦人科学会専門医／日本生殖医学会生殖医療専門医の常勤の証明書類（第二号様式）を添付します
- 5) 「実施医師」（第三号様式）「意思決定支援の資格者」（第四号様式）全員の履歴書を添付します

 ファイルをドロップまたはクリックしてください。
(対応拡張子: pdf)

19) 都道府県が認可する妊孕性温存実施施設としての承認証を添付してください

この承認証の送信が完了した後に、本会が認定する妊孕性温存療法実施医療機関となります。

- 都道府県が認可する妊孕性温存実施施設としての承認証を添付します。

 ファイルをドロップまたはクリックしてください。
(対応拡張子: pdf)

【追加連絡先】（必要に応じて）

登録された情報は本申請の照会にのみ利用いたします

20) 2番目の連絡先（メールアドレス）

21) 2番目の連絡先（お名前）

下書き保存

登録する