

栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書
(原疾患治療実施医療機関)

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

原疾患治療主治医氏名 _____
(自署)

※1 原疾患名の欄には、がん等の診断名(例：悪性リンパ腫、再生不良性貧血など)を記載してください。