(様式５)

証明書

氏名

　　（　　　　　年　　月　　日生　）

　上記の者について下記のことを証明します。

記

　１　日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医であること。

（　専門医取得年月　：　　　　年　　月 　）

　２　上記専門医取得後、不妊症治療に２年以上従事していること。

（　従事期間：　　　　年　　　　月　から　　　　年　　　月 ）

　３　日本産科婦人科学会の体外受精胚移植に関する登録施設において、１年以上の

　　（　勤務　・　研修　）をしていること。

（　勤務または研修期間：　　　　年　　　　月　から　　　　年　　　月 ）

　　　　年　　　月　　　日

住所

医療機関名

（※１）

職名

代表者（管理者） 　　　　 　 印

（※２）

注意事項

※１　証明できる医療機関は、日本産科婦人科学会の体外受精胚移植に関する登録をしてから２年以上経過した施設であること。

※２　証明者は医療機関における代表者であること。

※３　１・２・３について証明できない部分については、横２本線で消すこと。

※４　１・２・３のカッコ内は該当する数字を書き込むこと。

※５　３のカッコ内は該当するものを○で囲むこと。