

東京都福祉保健局ホームページ掲載依頼書【不育症検査】

宛 先	東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課 不育症検査担当
アドレス	boshiiryousei@section.metro.tokyo.jp

※ 下記の 内に必要事項を記入の上、上記宛先にメールにて御依頼ください。

医療機関コード(※)						回答者氏名				
※ 東京都不育症検査助成事業は保険医療機関で受けた検査を助成対象としています。						連絡先(内線等)				
所在 区市町村	医療機関名	住所	電話番号	診療科区分		検 査		治療	都HP 公開可否 (○・×)	案内冊子 配布希望
						夫婦染色 体検査	絨毛染色 体検査			
		(〒 -)		産 婦 人 科						
				婦 人 科						
				産 科						

記入例

該当する診療科区分に「○」を御記入ください。

回答内容を東京都ホームページで公開することの可否を、「○:可」「×:不可」で御記入ください。

所在 区市町村	医療機関名	住所	電話番号	診療科区分		検 査		治療	都HP 公開可否 (○・×)	案内冊子 配布希望
						夫婦染色 体検査	絨毛染色 体検査			
千代田区	○○クリニック	(〒100-00●●) 東京都千代田区大手町●-●- ●	03- 0000-●●●●	○	産 婦 人 科	○	○	○	○	○
					婦 人 科			○	○	○
					産 科					○

不育症検査を実施している場合は「○」を御記入ください。
更に、『夫婦染色体検査』『絨毛染色体検査』を実施している場合はそれぞれに「○」をご記入ください。
また不育症治療を実施している場合は「○」をご記入ください。

東京都の案内冊子(申請様式等含む)配布を希望する場合は「○」を御記入ください。