

東京都福祉保健局ホームページ掲載依頼書

宛先	東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課 検査担当
宛先	(メールアドレス)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。

メールでの御依頼が難しい場合のみ、FAXで03-5388-1406へ御依頼ください。

医療機関コード(※) <input type="text"/>					担当者 <input type="text"/>				
※ 東京都不妊検査等助成事業は保険医療機関で受けた不妊検査や一般不妊治療を助成対象としています。					連絡先(内線等) <input type="text"/>				
所在 区市町村	医療機関名	住所 (〒 -)	電話番号	診療科区分	女性		男性		案内冊子 送付希望
					検査	治療	検査	治療	
				産婦人科 婦人科 産科 泌尿器科					

記入例

該当する診療科区分に「○」を御記入ください。

所在 区市町村	医療機関名	住所	電話番号	診療科区分	女性		男性		案内冊子 送付希望
					検査	治療	検査	治療	
新宿区	〇〇クリニック	(〒163-8001) 東京都新宿区西新宿2-8-1	03-0000-●●●●	産婦人科 ○ 婦人科 産科 泌尿器科	○	○	○		○ 30部

実施している検査・治療区分に「○」を御記入ください。

東京都の御案内冊子の送付を希望する場合は「○」と希望部数を御記入ください。