様式(更新)2

**性同一性障害当事者の手術（乳房切除術，性別適合手術）について記載して下さい**

**（施設用）**

**申請者（認定医）氏名：　　　　　　　　　　　　　　　印**

前回の承認・更新後５年間に実施した症例(最大20症例まで記載)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 手術日 | 実施内容 | 患者イニシャル | 術者名 |
| （例）2013．2．3  | 27歳　FTM症例　乳房切除術 | M．Y． |  |
| （例）2014．8．2  | 32歳　MTF症例　陰茎切断，精巣摘出，皮弁による造腟術 | F．K． |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |