（様式2-1）

**20名以上の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**

**（個人用）**

**申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　印**

症例件数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 手術日 | 実施内容 | 患者イニシャル |
| （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． |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |