（様式 2-2）

# 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（施設用）

**申請者（認定医）氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印**

症例件数

| 手術日 | 実施内容 | 患者<br>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． | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |