（様式 2）

20 名以上の性別不合当事者の手術（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 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.	