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．	