

様式第2号（第7条関係）

不育症治療受診等証明書

下記のとおり、不育症治療等を実施したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

㊞

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

受診者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
不育治療の理由				
主な治療等内容				
院外受診 院外処方 の有無	院外受診（有・無） 医療機関名： 院外処方（有・無）			