

不育症治療医師証明書

受診者	氏 名	
	生年月日	
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
不育症治療の理由		
主な治療内容		
上記のとおり不育症治療を実施したことを証明します。		
年 月 日		
鳥羽市長 様		
医療機関の名称及び所在地		
医師名		印