

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 |