

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 |