

様式第2号（第5条関係）

不妊・不育治療医師証明書

年 月 日

横瀬町長 様

所在地  
名称  
医療機関 医師名 ⑩  
電話番号

下記のとおり不妊・不育治療等を行ったことを証明します。

証明の種類	以下のいずれかにチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育治療		
受診者氏名		生年月日	年 月 日
治療開始年月日	年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
診断名			
治療内容	○当該患者が今回おこなった不妊・不育治療について記入してください。		
	・院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし）		

注 証明内容については、本人の同意のもと問い合わせをする場合があります。  
□は該当項目にチェック☑してください。