

不育治療医療機関証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日生
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
不育治療対象児	第 子	
不育治療の理由		
主な治療内容		
診療金額	円	
上記のとおり不育治療を実施したことを証明します。		
年 月 日		
新見市長 様		
医療機関 所在地 名称 主治医 (生殖医療専門医)		
印		