

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 | | |