

第2号様式（第6条関係）

年 月 日

（あて先）寒川町長

次のとおり不育症治療を実施したことを証明します。

受診者	フリガナ 氏 名	
	生年月日 年 月 日	
	住 所 寒川町	
診断及び治療 実施医療機関	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	診断名	
	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。	
	<input type="checkbox"/> 免疫異常 () <input type="checkbox"/> 内分泌異常 () <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 () <input type="checkbox"/> 子宮異常 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	上記のとおり、不育症治療を行ったことを証明します。 年 月 日	
医療機関 名 称 所 在 地 医 師 名		⑩
継続治療を紹介した場合、医療機関名		

注1 治療実施医療機関のみの証明は、証明書として認められません。

注2 証明内容については、本人同意のもと問い合わせをする場合があります。