第３号様式（第７条第１項第４号）

不育症治療等医療機関証明書

年　　月　　日

香取市長　　様

医療機関等　所在地

名称

主治医氏名　　㊞

電話番号

次のとおり不育症治療等を実施したことを証明します。

受診者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名		年　　齢	歳
	住　　所			
不育症治療等の内容		年月日		
治療期間		年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
不育症治療等の実施の理由				