

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 ⑩

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			
主な治療又は検査の方法				
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				