

不育症治療医師証明書

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
不育症治療の理由		
主な治療内容		
上記のとおり不育症治療を実施したことを証明します。		
		年 月 日
大町市長 殿		
医療機関		
所在地 名称 主治医		