

様式第2号（第5条関係）

不妊治療証明書

年 月 日

小山町長 様

所在地

医療機関 名称

主治医氏名

⑩

次の者について、不妊治療が必要であることを証明します。

	受診者氏名(ふりがな)	生年月日
夫		年 月 日生 (歳)
妻		年 月 日生 (歳)
不妊治療開始年月日		年 月 日
治療内容等		