

第2号様式 (第6条)

不育症治療等医療機関証明書

年 月 日

(あて先)印西市長

所在地

医療機関名称

主治医の氏名

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			
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				
治療費	領収金額 円			