

第2号様式（第6条関係）

不育症治療医療機関等証明書

（宛先）鎌倉市長

年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印

次のとおり不育症（検査・治療）を実施したことを証明します。

診断・治療実施医療機関記入欄	(ふりがな) 受診者の氏名		生年月日	年 月 日	
	受診者の住所				
	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	診断名				
	主な検査 治療内容	受診者について、該当するものにチェックし、詳細については、() 内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫不全 () <input type="checkbox"/> 内分泌異常 () <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 () <input type="checkbox"/> 子宮異常 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
		紹介先の医療機関で継続治療をする場合は、その医療機関名を記入してください。 (紹介先医療機関名)			
治療実施医療機関記入欄	診断した医療機関の紹介により継続して治療を行ったことを証明します。 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 医療機関名 住所 医師名 印				

(注意) この証明書は、厚生労働省不育症研究班に属する医師が所属する医療機関又は当該医療機関が紹介する医療機関において作成してください。