

様式第2号

諸塚村一般不妊治療等に係る証明書

令和 年 月 日

諸塚村長 西川 健 様

医療機関名

住 所

名 称

印

電話番号

下記の者については、不妊治療等が必要であることを認めます。

記

	夫	妻
ふりがな		
氏名		
生年月日	S・H 年 月 日(歳)	S・H 年 月 日(歳)
住 所	諸塚村大字< 家代・セツ山 >	
診療開始日	令和 年 月 日	
検査内容	夫 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他()	
	妻 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> その他()	
治療内容	<一般不妊治療> <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 画像診断・処置 <input type="checkbox"/> その他()	
	<人工授精> <input type="checkbox"/> 人工授精	
特記事項		

* 太枠内は対象者をご記入ください。

* は該当事項をチェックしてください。

* 検査内容又は治療内容の「その他」は()内に具体的な内容をご記入ください。