

様式第2号（第5条関係）

不妊治療等医師証明書

受診者	氏名							
	生年月日	昭和・平成	年	月	日			
今回の治療期間		年	月	日	～	年	月	日
不妊治療の理由								
主な治療内容								
<p>上記のとおり不妊治療を実施したことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>小川村長 様</p> <p style="text-align: center;">医療機関 〒 所在地 名称 主治医</p> <p style="text-align: right;">印</p>								