

第2号様式（第6条関係）

不育症治療医療機関等証明書

年 月 日

逗子市長

医療機関名
所在地
医師氏名 ㊟

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。

| | | |
|-------------------|--|-------|
| 対象者 | 氏名（ふりがな） | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | |
| 治療期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 診断名 | | |
| 主な検査治療内容 | 対象者について、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（ ） | |
| 継続治療を紹介した場合の医療機関名 | | |

この証明書は、不育症治療を行った厚生労働省不育症研究班から不育症に係る研究を分担している専門医のほか、その専門医からの紹介により不育症治療を行った医療機関においても作成してください。

注1 治療実施医療機関のみの証明は、証明書として認められません。

注2 証明書の内容については、本人同意のもと問い合わせをする場合があります。