

様式第2号（第7条関係）

高千穂町一般不妊治療等に係る証明書

年 月 日

高千穂町長 様

医療機関名

所在地

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

対象者	住所		
	区分	氏 名	生 年 月 日
	夫		年 月 日生
	妻		年 月 日生
診療開始日	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() (その他) <input type="checkbox"/> 人工授精		
特記事項			

(注意事項)

- 1 太枠内は対象者が記入してください。
- 2 は該当項目をチェックしてください。
- 3 検査内容又は治療内容の「その他」は()内に具体的な内容を記入してください。