

(様式第2号) (第4条関係)

飯山市こうのとり支援事業医師証明書

年 月 日

飯山市長 あて

医療機関等

住 所

名 称

主治医

印

下記の者については、生殖医療・不育症治療が必要であることを認めます。

記

夫の氏名		生年月日	年 月 日
妻の氏名		生年月日	年 月 日
主たる治療	1 体外受精 2 顕微授精 3 人工授精 4 不育症治療 5 その他 ()		
特記事項			

(注) 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療、代理母・借り腹による不妊治療は除きます。