

様式第2号（第5条関係）

伊万里市不妊治療エンゼルサポート事業に係る受診等証明書

下記の者について、不妊治療を実施したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

⑩

医療機関記入欄

受診者氏名	夫	妻
生年月日	年 月 日	年 月 日
今回の治療方法	該当する番号に○印を付けてください。 1 人工授精 2 体外受精・顕微授精 3 凍結融解胚移植 4 男性不妊治療 5 その他（ ）	
今回の治療期間	年 月 日～	年 月 日

【治療期間について】

※人工授精を複数回治療した場合の治療期間については、申請される最初の治療期間の開始日と最後の治療期間の終了日を記載してください

※体外受精・顕微授精・凍結融解胚移植等に関しては、不妊治療計画作成から妊娠の確認までの期間を記載してください