**不妊治療連絡カード**

事業主殿

年　　月　　日

所属

氏名

-------------------------------------------------------------------------------------------------------

医師の連絡事項

（該当するものについて、□にチェックを付けてください。）

上の者は、　　□　現在 、不妊治療を実施

　　　　　　　　　　　　　　または　　　　　　　　しています。

* 不妊治療の実施を予定

【連絡事項】

|  |  |
| --- | --- |
| 不妊治療の実施 （予定）時期 |  |
| 特に配慮が必要な事項 |  |
| その他 |  |

年　　月　　日

医療機関名

医師氏名　　　　　　　　　　印