

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
不妊治療の実施を予定 } しています。

【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