不妊治療連絡カード

事　業　主　殿

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 医療機関名

 医師氏名

医師の連絡事項

 （該当する事項に○を付けてください。）

 下記の者は、　　　　　　 現在、不妊治療を実施しています。

 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 |  |

不妊治療と仕事との両立に係る申請書

　上記のとおり、主治医等の連絡事項に基づき申請します。

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

事　業　主　殿

 所　属

 氏　名