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