

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、

<input type="checkbox"/>	現在、不妊治療を実施しています。
または、	
<input type="checkbox"/>	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 _____