(様式８)

証明書

氏名

　　（　　　　　年　　月　　日生　）

　上記の者について下記のことを証明します。

記

　１　一般社団法人日本泌尿器科学会認定泌尿器科専門医であること。

（　専門医取得年月　：　　　　年　　月 　）

　２　上記専門医取得後、不妊症診療に２年以上従事していること。

（　従事期間：　　　　年　　　　月　から　　　　年　　　月 ）

　　　　年　　　月　　　日

住所

医療機関名

（※１）

職名

代表者（管理者）

（※２）

注意事項

※１　証明者は医療機関における代表者であること。

※２　１・２について証明できない部分については、横２本線で消すこと。

※３　１・２のカッコ内は該当する数字を書き込むこと。