Infertility Treatment Contact Card
不妊治療連絡カード

PART 1. To be completed by a physician（医師記載欄）

To: Employer 事業主殿

Date 日付: _____

Year 年 Month 月 Day 日

Name of Medical Facility 医療機関名：_____

Name of Physician 医師氏名：_____

Physician's Note 医師の連絡事項

(Circle the appropriate item(s)) （該当する事項に〇を付けてください。）

The following individual is 下記の者は、

☐ Currently receiving infertility treatment 現在、不妊治療を実施しています

Or または

☐ Planning to undergo infertility treatment 不妊治療の実施を予定しています

【Notes 連絡事項】

The schedule of (planned) infertility treatment 不妊治療の実施（予定）時期	
Notes for required special consideration 特に配慮が必要な事項	
Others その他	

PART 2. To be completed by an employee（従業員記載欄）

To: Supervisor 監督者殿

Application for Balancing Infertility Treatment and Work
不妊治療と仕事の両立に係る申請書

Date 日付: _____

Year 年 Month 月 Day 日

Organization 所属部隊名：_____

Employee's Name 従業員氏名：_____

Employee's Signature 従業員署名：_____