

様式第12号の1

不妊手術実施報告書

年 月 日

医師名

印

高知県知事殿

病院又は診療所名

病院又は診療所
の所在地

年 月分不妊手術実施報告書を下記の通り送附する

記

不妊手術実施報告票

枚