（様 式 ４　…生殖補助医療）

**「こうのとりマリーン基金」 助成申請主治医推薦状**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　20　　　年　　　　月　　　　日

治療内容　(診療経過、治療方法等)

（生殖補助医療実行可能状況等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署または押印）

推薦状の文書料については特段のご配慮をいただければ幸いです　　　　　　　　2024.2