昭和町妊婦給付認定用診断書

＜受診者＞

住所　昭和町

氏名

生年月日　　年　　月　　日生　（　　歳）

＜診断＞

胎児心拍確認日	年　　月　　日
心拍が認められた胎児数	１　・　２　・　（　　）
流産となった日	年　　月　　日
流産の種類	自然流産　　・　　人工流産

上記の通り証明します。

年　　月　　日

施設名

所在地

診断医師氏名