

同意書

母体保護法第3条・第14条による不妊手術・人工妊娠中絶を実施することに
同意いたします。

西暦 年 月 日

妊娠 ヶ月

本人住所 _____

本人氏名 _____ 印 年齢 _____ 歳

未成年の場合：保護者氏名 _____ 印 年齢 _____ 歳

配偶者住所 _____

配偶者氏名 _____ 印 年齢 _____ 歳

未成年の場合：保護者氏名 _____ 印 年齢 _____ 歳

いこまともみレディースクリニック 母体保護法指定医 殿

注意：同意書は自筆・ボールペンで記入してください。（鉛筆は不可）