

同意書

たて山レディースクリニック 殿

母体保護法第14条1項1号による、人工妊娠
中絶手術を行うことに同意します

20 年 月 日

本人 氏名 _____ 印(歳)
住所 _____
電話 _____

配偶者 氏名 _____ 印(歳)
(パートナー) 住所 _____
電話 _____

参考 _____

