

# 同意書

さくら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、人工中絶手術を行うことに同意します

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 \_\_\_\_\_