

同意書

東峯婦人クリニック 殿

母体保護法 第 14 条に基づいて、人工妊娠中絶を受けることを
同意します。

年 月 日

本人 ; 住所

氏名

印

生年月日

年

月

日

配偶者 : 住所

(パートナー) 氏名

印

緊急連絡先 : TEL

—

—