

同意書

綱島ゆめみ産婦人科 院長殿

母体保護法第14条第1項により人工妊娠中絶手術を受けることを同意します。

記入日 西暦 年 月 日

①本人 住所

TEL — —

(自署) 氏名

印

生年月日 西暦 年 月 日 (満 歳)

手術を受ける本人が未成年の場合は、本人の署名捺印に加えて、本人の保護者の署名捺印も必要です。

本人の保護者 住所

TEL — —

(自署) 氏名

印

②現在の戸籍上の夫（未婚の女性の場合は胎児の父親）の署名捺印。

住所

TEL — —

(自署) 氏名

印

②が未成年の場合は、配偶者の署名捺印に加えて、配偶者の保護者の署名捺印も必要です。

②の保護者 住所

TEL — —

(自署) 氏名

印