

# 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、人工妊娠中絶を行うことに同意します。

平成 年 月 日

本人

氏名: \_\_\_\_\_ 印 ( 才 )

住所: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

配偶者  
(パートナー)

氏名: \_\_\_\_\_ 印 ( 才 )

住所: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

---

---

---

---