

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: _____
