

# 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

勤務先又は学校名

電話

配偶者  
パートナー

氏名

印 ( \_\_\_\_ 歳)

住所

電話

勤務先又は学校名

電話

備考