

同意書

母体保護法第14条1項 号により人工妊娠中絶手術を受けることを同意します。

本人 住所

(自署)

TEL

氏名

印

年 月 日生 (満 歳)

同意者 住所

(自署)

TEL

氏名

印

(本人との関係)

年 月 日生 (満 歳)

保護者 住所

氏名

印

(本人との関係)

平成 年 月 日

緊急時の連絡先：氏名

間柄

電話

母体保護法指定医 長 池 文 康 殿

(S, W)