

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 _____

年 月 日生 (満 歳)

同意者
(自署)

住所

TEL

氏名 _____

(本人との関係)

年 月 日生 (満 歳)

保護者

住所

氏名 _____

(本人との関係)

令和 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)