

人工妊娠中絶手術同意書(未成年者の方)

母体保護法第14号第4号に該当する為に、法に則って人工妊娠中絶術を希望します
納得しましたので、この手術に同意しその施行を依頼します

令和 年 月 日

本人 住所 Tel
氏名(自著) 印

配偶者 住所 Tel
氏名(自著) 印

保護者(※未成年者の場合)
本人 住所 Tel
氏名(自著) 印

配偶者 住所 Tel
氏名(自著) 印