

# 人工妊娠中絶手術同意書

荘田レディースクリニック 殿

母体保護法 第三条・第十四条 号に該当するので同法 第三条・第十四条 による

人工妊娠中絶手術を行うことに同意致します。

西暦 年 月 日

住所

胎児の母 才 印

胎児の父 才 印

親権者 才 印

緊急連絡先 (氏名) \_\_\_\_\_ (TEL) \_\_\_\_\_