

# 同意書

東峯ラウンジクリニック 殿

母体保護法 第 14 条に基づいて、人工妊娠中絶を受けることを  
同意します。

年 月 日

本人 ; 住所

氏名 印

生年月日 年 月 日

配偶者 ; 住所

(パートナー) 氏名 印

緊急連絡先 : TEL — —