

# 同意書

深川安江クリニック 殿

母体保護法第14条1項1号による、人工中絶を行うことに同意します

令和 年 月 日

本人

氏名

印 ( 才)

住所

電話

配偶者  
(パートナー)

氏名

印 ( 才)

住所

電話

---

---

---

---