

# 同意書

母体保護法第 14 条第 1 項 第 号により人工妊娠中絶実施に同意します。

年 月 日

本人（自署）

氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

配偶者（自署）

氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_