

## 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を受けることに同意します。

令和 年 月 日

本人 住所  
(自署) 氏名

TEL

年 月 日生(満 歳)

配偶者 住所  
(自署) 氏名

TEL

18歳未満の場合  
(親権者自署)

住所  
氏名

TEL

## 誓約書

令和 年 月 日

私議、この度人工妊娠中絶手術実施にあたり、配偶者の同意を得ていることを確約いたします。  
なお、もしこの件に関して紛争が生じた場合には、その責任は一切私にあり、  
貴院には迷惑をかけないことを誓約いたします。

住所  
氏名

年 月 日生

苗穂レディースクリニック 殿

同時に、子宮内避妊システム(IUS)装着を希望します。(5万円+税)

キャンセルポリシー 手続き前までのキャンセル料0%  
手続き後のキャンセル料100% となります

極めて稀ですが、再手術が必要な場合があります。  
その費用は今回の費用に含まれます。