

同意書

母体保護法第 14 条第 1 項第 号により経口薬剤による人工妊娠中絶を受けることに同意します。
経口薬剤による中絶に至らない場合は、人工妊娠中絶手術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

⑩

年 月 日生 (満 歳)

配偶者 住所
(自署) 氏名

TEL

⑩

18 歳未満の場合
(親権者自署

住所
氏名

TEL

⑩

誓約書

令和 年 月 日

私議、この度人工妊娠中絶実施にあたり、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

⑩

年 月 日生

苗穂レディースクリニック 殿

☐ 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