

配偶者同意書

母体保護法第3条第1項_____号によりパイプカット治療を受けることを同意します。

- 一 妊娠又は分娩が、母体の生命に危険を及ぼすおそれがあるもの
- 二 現に数人の子を有し、かつ、分娩ごとに、母体の健康度を著しく低下するおそれのあるもの

年 月 日

本人 住所..... TEL..... (.....)

生年月日 年 月 日 (満 歳)

(自署) 氏名.....

配偶者 住所..... TEL..... (.....)

(自署) 氏名.....

帯広中央クリニック