

同意書

母体保護法 第14条1項により人工妊娠中絶を受けることを同意します。

年 月 日

本人；

住所：

連絡先；

生年月日；

生年月日； 年 月 日 生 (歲)

(自著)氏名

印

配偶者 又はパートナー

住所:

住所、
連絡先：

连相光，
牛年月日

生年月日： 年 月 日 生 (歲)

(自著)氏名

印

処置中の緊急連絡先

氏名：

続柄()

連絡先：

あのんレディースクリニック

沖縄県中頭郡北中城村ライカム571番ライカム・北中城メディカルガーデン2階

電話:0989326650