

## 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; 年 月 日生 ( 歳)

(自著)氏名

印

### 配偶者 又は パートナー

住所;

連絡先;

生年月日; 年 月 日生 ( 歳)

(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