

同意書（不妊手術）

母体保護法第3条第1項第_____号により不妊手術を受けることを同意します。

平成 年 月 日

本人 住 所 TEL ()

(自署) 氏 名

年 月 日生 (満 才)

配偶者 住 所 TEL ()

氏 名

連絡先 TEL ()

注意：不妊手術を施行した際には母体保護法第25条により翌月の10日迄に所轄の保健所に届出なければなりません。

同意書及び届出については指定医師必携（日本産婦人科医会平成19年版）P3～6を参照して下さい。

東京産婦人科医会 母体保護部