

同意書

渡辺マタニティークリニック院長殿

私（親権者_____）は、（未成年者_____）が
治療（ 生理調整 、 緊急避妊目的 、 避妊目的 ） を受けるこ
とに同意します。

令和 年 月 日
ID
未成年者 印
(直筆なら印不要)

令和 年 月 日
住所
連絡先
親権者 印
(直筆なら印不要)