

# 男性避妊手術同意書

この度貴院にて夫\_\_\_\_\_が男性避妊手術を  
受けることに同意致します。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

配偶者氏名\_\_\_\_\_ (印)

配偶者住所\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

船橋中央クリニック 殿