

## 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。

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