

## 男性避妊手術同意書

この度 夫 \_\_\_\_\_ が男性避妊手術  
を受ける事に同意致します。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

配偶者\_\_\_\_\_印

配偶者住所

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

大阪形成外科クリニック 殿