

※優性保護法による避妊手術ですので、お子さまがいらっしゃるご夫婦で、配偶者の同意が必要です。

男性避妊手術同意書

恵聖会クリニック 殿

夫 _____ が

上記の者がパイプカット術（精管結紮（けっさつ）術）を

恵聖会クリニックで受けることに同意いたします。

また、一度受けると元に戻す（再生術）ことは不可能に近いということを理解しております。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

配偶者氏名： _____ 印

住 所：〒 _____ - _____
