

## 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 \_\_\_\_\_

新宿形成外科 殿