※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：〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿