

# 男性避妊手術同意書

中央クリニック新宿院 殿

本人 氏名 \_\_\_\_\_ が

上記の者がパイプカット術（精管結紮（けっさく）術）を受ける事に  
同意致します。

平成 年 月 日

配偶者 氏名 \_\_\_\_\_ 印