

※母体保護法（旧優性保護法）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

美容外科形成外科 川崎中央クリニック 殿

夫 _____ が

上記の者がパイプカット術（精管結紮（せいかんけっさつ）術）を

美容外科形成外科川崎中央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。

_____ 年 月 日

配偶者氏名 _____ 印

住所 _____