

人工授精に関する同意書

私たち夫婦は、愛育レディースクリニックにおいて、人工授精を受けることに同意します。
(実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

〒 _____
住所 _____

妻氏名(自署) _____ 印
(診察券番号: _____)

夫氏名(自署) _____ 印

<注意事項>

- ①この同意書は人工授精の際、必ずご提出頂きます。
この同意書の提出がない場合は、人工授精を実施出来ませんので、ご了承ください。
- ②署名・捺印について：必ずそれぞれご本人が直筆で署名し、ご自身の手により捺印をお願いします。
ご自身以外の方が本人の了承もなく署名・捺印すると、有印私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。