愛育レディーズクリニック院長殿　　　　　　　　　　　　　　　　　同意日　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　人工授精に関する同意書

私たち夫婦は、愛育レディーズ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。

　　　　　　　〒

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。

医療法人愛育会　　愛育レディーズクリニック

　　　　　　　　　　　　　〒242-0006　　神奈川県大和市南林間2-13-3

　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　046-277-3316