

※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

帯広中央クリニック 殿

夫 \_\_\_\_\_ が

上記の者がパイプカット術（精管結紮（けっさく）術）を

帯広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ことを理解しております。

平成 年 月 日

配偶者氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_