

※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

浜松中央クリニック 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

浜松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 _____