

同意書

大阪梅田中央クリニック 殿

_____ が、(処方希望される方の氏名)

アフターピル (緊急避妊薬) の処方を受ける事に同意致します。

- ・ 避妊失敗後 72 時間以内に飲むこと。
- ・ 100%避妊出来るものではないこと。
- ・ 目の前で飲んで帰って頂き、持ち帰りは出来ないこと。

について理解いたしました。

年 月 日

保護者氏名 _____ (印) (続柄: _____)