



## 事実婚治療同意書

我々事実婚夫婦は、以下の諸点について納得しましたので、夫婦それぞれの自由な意思の下に、一致した意見で陣内ウィメンズクリニックでの治療を行うことに同意します。

- 1) 双方ともにほかに婚姻関係がないことを確認するため、6ヵ月ごとに双方の戸籍謄本の提出が必要であること。
- 2) 同居していることを確認するため、6ヵ月ごとに住民票の提出が必要であること。
- 3) 治療を開始するにあたり、両者そろって来院し、担当医師の説明を受けること。
- 4) 提出書類に不備がある場合は治療ができないこと。
- 5) 婚姻関係を結んだときは申し出ること。

未入籍であることに関して何らかのトラブルが生じても、陣内ウィメンズクリニックに対し責任を問わないこと、またその全責任を我々両方で負うことを了承します。

### 注意事項

治療開始後のどの段階であっても、夫婦の両者もしくはどちらか一方の申し出があれば、直ちに治療は中止します。また、担当医師が治療の継続が困難であると判断した場合は、直ちに治療を中止することがあります。

同意年月日：            年            月            日

住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

夫 氏名（自署）： \_\_\_\_\_ TEL： \_\_\_\_\_

（診察券番号： \_\_\_\_\_）

妻 氏名（自署）： \_\_\_\_\_ TEL： \_\_\_\_\_

（診察券番号： \_\_\_\_\_）

説明日：

説明者：