

様式第13号の1

人工妊娠中絶実施報告書

令和 年 月 日

指定医師名

㊞

高知県知事殿

病院又は診療
所 名

病院又は診療所
の所在地

令和 年 月分 人工妊娠中絶実施報告書を下記の通り送附する

記

人工妊娠中絶実施報告票

枚