

優生手術申請書

優生手術を  
受へべき者

本籍	住所	現住所
[Redacted]		
氏名	生年月日	性別
[Redacted]		

申請理由

[Redacted]

申請者  
(医師)

診療科名	住所	氏名
[Redacted]	東京都世田谷区上北澤三丁目一〇四八	[Redacted]
	都立松澤病院	

備考

附記

右、優生保護法第四條の規定により優生手術を行ふことの適否に關する審査を申請しました。

年 月 日

東京都優生保護委員會 殿