

凍結胚の廃棄同意書

なかむらアートクリニック 院長殿

体外受精治療を中止するため、凍結保存されている全ての胚の廃棄を希望します。貴院の所定の方法で廃棄することに同意します。

提出年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

夫(自署) _____ 診察券番号 _____

妻(自署) _____ 診察券番号 _____

*ご署名は自筆をお願いいたします。

*この同意書が提出されない場合、または署名が自筆でないと疑われる場合には、申請をお断りさせていただきます。

なかむらアートクリニック

クリニック使用欄：

同意書受取年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

院長署名 _____