

凍結胚の破棄同意書

私たちは、 年 月 日に採卵をし、凍結保存している胚の廃棄をお願いいたします。

いがらしクリニック 院長 五十嵐俊夫 殿

年 月 日

住所：〒 _____

携帯番号： _____

妻氏名： _____ 印 (診察券番号)

夫氏名： _____ 印 (診察券番号)

必ずご本人直筆で署名・捺印をし、提出して下さい。