

凍結胚破棄同意書

私たちは、 年 月 日に採卵をし、凍結保存している胚において
保存期間の延長を希望しません。

医療法人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： _____ (診察券番号 _____)

夫氏名： _____

必ずご本人直筆で署名をし、提出して下さい。