

凍結胚破棄同意書

私たちは、医療法人いがらしクリニックにて凍結保存している胚すべての保存期間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。