

凍結胚廃棄同意書

東京衛生病院附属めぐみクリニック

院長 吉井 紀子 殿

私たち夫婦は十分に協議した上で、東京衛生病院附属めぐみクリニックに凍結保存されている以下の凍結胚について、廃棄処分することに同意します。

凍結年月日	年	月	日	(凍結番号)	本
凍結年月日	年	月	日	(凍結番号)	本
凍結年月日	年	月	日	(凍結番号)	本
<u>合計</u>						本

同意年月日 西暦 年 月 日

住所：〒

妻 氏名 (自署) _____ (診察券番号 _____)

夫 氏名 (自署) _____ (診察券番号 _____)

妻もしくは夫の連絡先を記載してください

(○をつけてください：夫・妻) 電話：_____

メール：_____