

凍結胚廃棄同意書

東京衛生アドベンチスト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うえで、東京衛生アドベンチスト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、廃棄することに同意します。

※該当項目にレ点を入れてください※

保存されている全ての凍結胚の廃棄を希望します

保存されている凍結胚のうち、一部の凍結胚のみの廃棄を希望します

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)

ご夫婦の連絡先をご記入ください

妻	電話： _____	メール： _____
夫	電話： _____	メール： _____

[クリニック記入欄]

廃棄対象胚	凍結年月日	年	月	日	(凍結番号： _____)	個	
	凍結年月日	年	月	日	(凍結番号： _____)	個	
	凍結年月日	年	月	日	(凍結番号： _____)	個	
	凍結年月日	年	月	日	(凍結番号： _____)	個	<u>合計</u> <u>個</u>

廃棄日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 **確認者** _____ / _____