

凍結配偶子・胚の廃棄に関する同意書

こうのとりのWOMEN'S CAREクリニック院長殿

私たちは、平成 年 月 日に凍結した配偶子・胚 個を破棄することに同意いたします。

今回、破棄する配偶子・胚は、以下の通りです。

凍結	年	月	日	胚盤胞	個	その他	個
凍結	年	月	日	胚盤胞	個	その他	個
凍結	年	月	日	胚盤胞	個	その他	個
凍結	年	月	日	胚盤胞	個	その他	個
凍結	年	月	日	胚盤胞	個	その他	個
凍結	年	月	日	胚盤胞	個	その他	個
凍結	年	月	日	胚盤胞	個	その他	個
凍結	年	月	日	胚盤胞	個	その他	個
凍結	年	月	日	胚盤胞	個	その他	個

同意年月日：平成 年 月 日

住所：

(本人) 署名 _____ 印

(配偶者) 署名 _____ 印