

凍結胚廃棄処分 同意書

親愛レディースクリニック 院長 藤井 良造

記

私たち夫婦は 20 年 月 日に採卵を行った凍結保存胚について **廃棄** することを希望します。

以上

ID : _____ 妻署名 (直筆) : _____ 電話番号 : _____

同意年月日 : 20 / /

ID : _____ 夫署名 (直筆) : _____ 電話番号 : _____

同意年月日 : 20 / /

住所 : _____

必ずご本人がそれぞれ直筆でご署名をお願いします。筆跡に疑いがある場合、受理しないことがあります。
フリクションペン等、改変可能なペンでの記載は受理いたしません(書き直していただきます)。