

凍結胚破棄同意書

医療法人小埜医院つくば ART クリニック

理事長 小埜 清 殿

私共は、協議の結果、
貴院に凍結してある胚を破棄することに同意いたします。

凍結日：20 年 月 日 **※要記入**

20 年 月 日

〒

住所 _____

電話番号 _____

緊急連絡先 本人 携帯番号 _____

パートナー 携帯番号 _____

本人氏名 診察券番号 (_____) (自筆署名)

パートナー氏名 診察券番号 (_____) (自筆署名)