

凍結卵子破棄同意書

医療法人小埜医院 つくば ART クリニック

理事長 小埜 理人 殿

私は、協議の結果、
貴院に保存してある凍結卵子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 〒 _____

本人 _____ (自筆署名)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (本人)

緊急連絡先 本人 携帯番号 _____