

卵子 凍結保存廃棄 同意書

医療法人社団晴晃会 育良クリニック 院長 浦野 晃義 殿

私は、貴院に保管している下記の卵子の凍結保存の廃棄を希望します。

凍結日：西暦 年 月 日

同意日：西暦 年 月 日

患者：診察券番号

自筆署名

住所：〒

ご本人様以外が署名された場合、当院は一切責任を負いません。