

胚 凍結保存廃棄 依頼書

医療法人社団晴晃会 育良クリニック 院長 浦野 晃義

希望する項目の□にチェックを忘れずにご記入ください。

私たちは、貴院に保管している下記の胚の凍結保存の廃棄を希望します

採卵日：西暦 年 月 日 (凍結保存期間は採卵日を基点とします。)

妻：診察券番号 _____

署名 _____ 同意日：西暦 年 月 日

住所：〒 _____

配偶者または内縁者：診察券番号 _____ (患者との続柄： _____)

署名 _____ 同意日：西暦 年 月 日

住所：〒 _____

必ずご本人が直筆でご署名をお願い致します。

ご本人以外の方が署名された場合、当院は一切責任を負いません。