

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

私ども夫婦は、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

年 月 日

〒

住所 _____

電話番号 _____

妻氏名 診察券番号 (_____) ㊞

夫氏名 診察券番号 (_____) ㊞