

# 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 理人 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)