

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 〒 _____

本人 診察券番号 (_____) (自筆署名)

パートナー 診察券番号 (_____) (自筆署名)

緊急連絡先 本人 携帯番号 _____

パートナー 携帯番号 _____