

凍結（受精卵・精子・卵子）廃棄依頼および同意書

【夫婦用・パートナー用】

絹谷産婦人科医院 院長 殿

我々は貴院に凍結保存中の（受精卵・精子・卵子）を廃棄することを希望し、

貴院に（受精卵・精子・卵子）の廃棄を依頼し、

貴院が（受精卵・精子・卵子）を廃棄することに同意いたします。

記入日 年 月 日

【お二人の署名と生年月日・住所・電話番号の記入をお願いいたします】

♂氏名 _____
(生年月日 年 月 日)

♀氏名 _____
(生年月日 年 月 日)

住所 〒 _____

電話番号 _____

診察券番号 _____

(診察券番号がおわかりでしたらご記入お願いします)

*保存期間の期限内であっても、この同意書を当院にて確認した時点で凍結物を廃棄させていただきます。

医説明 20161217