

# 凍結胚 ・ 凍結精子 廃棄同意書

(該当項目に○をしてください)

八重垣レディースクリニック院長 殿

八重垣レディースクリニックで現在保存されている〔凍結胚 ・ 凍結精子〕  
のすべてを廃棄することに同意します。(〔 〕内の該当項目に○をしてください)

同意年月日 : 年 月 日

夫

住所 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_ (自筆)

妻

住所 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_ (自筆)

連絡先電話番号 : \_\_\_\_\_

ご本人の自署を記入することが困難な場合は、下記から理由を選択してください。

死亡 行方不明 意思表示不可能

記入者 : \_\_\_\_\_ 電話番号 : \_\_\_\_\_

※婚姻関係を解消され、お二人の自署が不可能な場合、お一人の自署をご記入の上、  
婚姻関係解消の証明として戸籍謄本のコピーを一緒に提出してください。

当院記入欄			
本人控	カルテ記載	事務	培養室記録