

## 胚・卵子凍結保存の同意書

I. この申し込みに当たって、胚・卵子の凍結保存に関する以下の事項について、医師から十分な説明を受けました。

- 1) 本法の目的・適応・方法について
- 2) 本法の利点と問題点について
- 3) 凍結胚・卵子の廃棄について
- 4) 必要な経費など

II. 上記の説明を十分理解したうえで、胚・卵子の凍結保存を申し込みます。

ノア・ウィメンズクリニック  
院長 田中 宏明 様

年 月 日

申込者 住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

妻(自署)氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ (診察券番号) \_\_\_\_\_ )

夫(自署)氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ (診察券番号) \_\_\_\_\_ )