

凍結胚の破棄同意書

ノア・ウィメンズクリニック 院長殿

私たち夫婦は、貴院に凍結保存されている凍結胚の破棄を本同意書の提出をもって申請いたします。また、破棄を受理された後は、今後の医療技術の発展のためにトレーニングや、学術的研究に使用される可能性があることも了承いたします。

20 年 月 日

住所 〒

TEL - -

氏名 (妻) (自署) 印 (診察券番号)

(夫) (自署) 印 (診察券番号)

※どちらかの死亡や離婚により、お二人での署名が困難な場合、本同意書と共に戸籍謄本をご提出ください。

破棄希望胚の凍結日	ステージ ・ グレード
(例) 2017年4月1日	Day5 ・ 4AA
(例) 2015年5月2日	Day3 ・ 8cell (grade3)
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・
20 年 月 日	Day ・



クリニック 記載欄	受理日	受付	医師	ラボ
--------------	-----	----	----	----