

クリニック使用欄	日付	実施者
患者様 控え	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送	
<input type="checkbox"/> 原本保管		
<input type="checkbox"/> スキャン		
<input type="checkbox"/> 入金確認		

## 凍結胚の廃棄同意書

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廃棄を本同意書の提出をもって申請いたします。また、廃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します。

20 年 月 日

(〒 - ) 住所

TEL - -

氏名(妻)(自署) (印) (診察券番号)

氏名(夫)(自署) (印) (診察券番号)

※どちらか死亡や離婚により、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。

廃棄希望胚の凍結日	ステージ・グレード
(例) 2017年4月1日	Day5 ・4AA
(例) 2018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 ・



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