

凍結胚・凍結精子・凍結卵子 廃棄依頼および同意書

(該当項目に○をしてください。)

ウィメンズクリニックふじみ野 院長 殿

私達は協議の上で、貴院に凍結保存されている以下の（凍結胚・凍結精子・凍結卵子）（該当項目に○をしてください）をすべて廃棄処分することを希望し、貴院に（凍結胚・凍結精子・凍結卵子）の破棄を依頼し、貴院が（凍結胚・凍結精子・凍結卵子）を破棄することに同意します。

※該当項目に○がない場合は、確認のために連絡をさせていただきます。連絡が取れない場合は、凍結保存中の全ての卵子・胚・精子を破棄させていただきます。

年 月 日

住所

妻 氏名（自署） (診察券番号 )

夫 氏名（自署） (診察券番号 )

( 連絡先 電話番号 )