

凍結卵・凍結胚・凍結精子・凍結精巣組織

(該当項目に○をしてください)

破棄依頼同意書

私達夫婦は、ウイメンズ・クリニック大泉学園に預けている
(凍結卵・凍結胚・凍結精子・凍結精巣組織) 該当項目に○をしてください
をすべて破棄することに同意いたします。処分は貴院に一任致します。

凍結実施日 20 年 月 日

医療法人社団レニア会
ウイメンズ・クリニック大泉学園
院長 濱田 雄行 殿

20 年 月 日

住所 〒

妻 署名 _____ (ID)

夫 署名 _____ (ID)