【凍結胚廃棄に関する同意書】

医療法人　小塙医院　理事長　小塙　理人殿

私たちは医療法人小塙医院で保管中の凍結胚を廃棄することに同意し、これを一任致します。

胚凍結日　　年　　月　　日　　廃棄同意日　　年　　月　　日

住所〒

患者署名　　印　　TEL

配偶者署名　　印　　TEL

保存期限日までに同意書の提出がない場合は、保存期限更新の意志がないとみなし、凍結胚を自動的に廃棄させていただきます。