

【凍結胚廃棄に関する同意書】

医療法人 小埜医院 理事長 小埜 理人殿

私たちは医療法人小埜医院で保管中の凍結胚をすべて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 ID 患者署名 印 TEL

患者 ID 配偶者署名 印 TEL