

凍結胚廃棄 同意書

彦名レディースライフクリニック 院長 井庭信幸 殿
担当 井庭裕美子 殿

彦名レディースライフクリニックで保存している凍結胚を廃棄することに
同意します。

住所：

連絡先電話番号：

夫 ID 夫署名（直筆）

妻 ID 妻署名（直筆）

同意日：西暦 年 月 日

枠内すべてご記入ください。必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

*注意事項

・凍結胚廃棄の手続きは本書のご提出により完了となります。書類の提出は郵送あるいは
当院窓口のいずれかで承ります。