

## 凍結胚廃棄同意書

よしだレディースクリニック内科・小児科院長 殿

- 1、私達は貴院にて凍結保存されているすべての胚  
(初回凍結日 西暦 年 月 日)について、廃棄を希望します。
- 2、廃棄された胚を職員の技術向上や後学のために使用させていただくことに  
【 同意します ・ 同意しません 】 どちらか選んで○してください。  
※2について記入がない場合は同意しているものとみなします。  
※凍結胚廃棄同意書の撤回はできません。

同意年月日：西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住所：\_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ (自署) (診察券番号： \_\_\_\_\_ )

電話番号： \_\_\_\_\_

配偶者氏名： \_\_\_\_\_ (自署) (診察券番号： \_\_\_\_\_ )

電話番号： \_\_\_\_\_

※離婚やどちらか死亡によりお二人の署名が困難な場合、お一人が署名した本申請書と戸籍謄本をご提出ください。(該当する場合は、直接来院または郵送にて提出される前に、一度当院までご連絡ください。)

※上記以外の場合でお二人の署名が困難な場合は当院までご連絡ください。

※直接提出していただいた場合や返信用封筒を同封して郵送していただいた場合は、患者様控えとしてコピーをお渡ししますので大切に保管してください。

同意書控えお渡し者 ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ )