

凍結胚廃棄同意書

医療法人昴会 岡本クリニック 御中

私たちは、凍結保存されている胚の廃棄を希望します。

____年 ____月 ____日

(本人)

住所 〒 _____

氏名 _____ 生年月日 (S・H ____年 ____月 ____日)

(電話番号: _____)

(夫・パートナー)

氏名 _____

(電話番号: _____)