

胚凍結 廃棄同意書

くぼのや IVF クリニック 院長 山口 隆 殿

私たち夫婦（事実婚も含む）は、くぼのや IVF クリニックにて凍結保存されているすべての胚を
廃棄していただくことを希望します。

↓下記ご記入いただき、ご提出ください。

廃棄を申し込みます。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察券番号： _____

住所：〒 _____

(建物名もご記入ください)

妻氏名（自署）： _____ 妻電話番号： _____

夫氏名（自署）： _____ 夫電話番号： _____

<郵送先>

〒277-0005 千葉県柏市柏 2-5-14 PRAXIS 柏 3F

くぼのや IVF クリニック

TEL：04-7136-2601

※窓口へ持参される場合は下記受付時間内にご来院ください。

【受付時間】9：00～16：00（日・祝日は除く）

(当院使用欄)

同意書受領日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 受領者： _____

凍結日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 保管場所： _____

確認者： _____ / _____

廃棄施行日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 実施者： _____ / _____