

凍結胚の廃棄に関する同意書

公和会 中村記念愛成病院 院長殿

私たちは協議の上、貴院に凍結されている胚をすべて廃棄処分することに同意します。

※署名は必ずご本人の直筆でご記入願います。

記入日 西暦 年 月 日

| | | | | |
|---|----|--|------|--|
| 妻 | 氏名 | | 生年月日 | |
| | 住所 | | | |
| 夫 | 氏名 | | 生年月日 | |
| | 住所 | | | |