

凍結胚（卵子）・凍結精子の廃棄に関する同意書

凍

廃棄

医療法人小春会 八戸クリニック院長殿

この度私たちは協議の上、貴院に凍結保存されている**胚・精子**をすべて廃棄処分することに同意致します。 (※廃棄を希望するものを○で囲んでください)

西暦 年 月 日

妻氏名（自署） _____ 生年月日 年 月 日
診察券番号 _____ (番号不明の場合は空欄可です)

夫氏名（自署） _____ 生年月日 年 月 日

住 所 〒 _____

連絡先電話番号（妻・夫） _____

※上記にご記入の上、八戸クリニックにお持ちいただくか、郵送してください。

なお、廃棄手続きには料金はかかりません。

郵送の場合

〒031-0081 青森県八戸市柏崎1丁目8-32

医療法人小春会八戸クリニック

お問い合わせ電話番号 0178-22-7725