

卵子・胚凍結保存 破棄依頼同意書

IVF クリニックひろしま

院長 滝口 修司 殿

私は「IVF クリニックひろしま」に凍結保存している、下記の（該当する方に○をつけてください） 卵子 ・ 胚 を、すべて破棄することに同意いたします。その後の処分は貴院に一任します。

《対象》

（患者記入欄）「卵子」または「胚」に○をつけてください。

採卵日 20 年 月 日に生じた凍結 卵子 ・ 胚

（以下患者記入欄）

同意日 20 年 月 日

住所 〒

妻（卵子の場合は所有者本人）署名 _____ (ID: _____)

夫 署名 _____ (ID: _____)

※必ずご本人が直筆で署名してください。

ご本人以外が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。