

胚(受精卵)・卵子の廃棄に関する同意書 ①診療録保管用

医療法人社団 育成会
北くまもと井上産婦人科医院 リプロダクション部門 責任者殿

凍結保存胚(受精卵)・卵子の廃棄に同意し、申請いたします。

同意書記入年月日(西暦): 年 月 日

破棄する胚・卵子の凍結保存日(西暦): 年 月 日

破棄する胚

①胚No. ④胚No. ⑦胚No. ⑩胚No.

②胚No. ⑤胚No. ⑧胚No. ⑪胚No.

③胚No. ⑥胚No. ⑨胚No. ⑫胚No.

更新後の凍結保存期間:

年 月 ~ 年 月

住所: 〒 -

妻の署名: (自筆) 夫の署名: (自筆)

生年月日(妻): 年 月 日 生年月日(夫): 年 月 日

携帯番号: 携帯番号:

凍結保存期間の延長(更新)を受け付けました。

北くまもと井上産婦人科医院 リプロダクション部門 責任者