

凍結胚の破棄同意書

日浅レディースクリニックにて（西暦）_____年____月____日に採卵した胚に関し、破棄することを希望します。

医療法人 日浅レディースクリニック
理事長 日浅 佳奈 殿

私たち夫婦は、体外受精治療を中止するため、凍結保存されている全ての胚の破棄を希望します。貴院の所定の方法で破棄することに同意します。

下記の補足内容についても同意します。

申請年月日： _____年____月____日

住所： _____

電話番号： _____

夫（自署）： _____

診察券番号： _____

妻（自署）： _____

診察券番号： _____

破棄理由（□に✓を記入してください）

- 次子希望なし
 離別
 死別
 その他（理由）

（補足）

- ・凍結胚が複数あり、採卵日が異なる場合は、採卵周期毎の破棄手続きが必要です。
- ・連絡先が変更になった場合は、必ず当院までご連絡ください。
- ・離婚あるいはご夫婦のどちらか一方が死亡された場合は生殖補助医療による治療は中止となりますので、必ず当院までご連絡ください。

医療法人 日浅レディースクリニック
〒810-0041
福岡県福岡市中央区大名2丁目2-7
092-726-6105