

## 凍結胚 廃棄同意書

とよた星の夢 ART クリニック 院長 西川 和代 殿

私たち夫婦は、夫婦の同意のもと、貴院に保管してある凍結胚を廃棄することに同意いたします。  
本同意書の提出後に、凍結胚廃棄について一切の異議、申し立てはいたしません。

枠内をすべてご記入ください。

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

ご署名 ご本人（妻） \_\_\_\_\_ 印

診療券番号 \_\_\_\_\_ (分からない方は生年月日を記載)

配偶者（夫） \_\_\_\_\_ 印

診療券番号 \_\_\_\_\_ (分からない方は生年月日を記載)

- \* 同意年月日は必ずご記入ください。
- \* 必ずご本人、配偶者の自筆でお願いいたします（同筆の場合は受理できません）。
- \* 捺印がない場合は受理できません。
- \* 同意内容の記載に不備がある場合は再記入をご依頼します。

医師確認欄

--

**【封筒宛名ラベル】**

以下の宛名を切り取り、封筒に貼りつけてご利用ください。

〒471-0027

愛知県豊田市喜多町 2 丁目 160 番地

コモ・スクエア WEST 3F

**とよた星の夢 ART クリニック**

**同意書担当 行**

差出人	氏名
	住所
	電話番号