

未受精卵 廃棄同意書

グリーンベル 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未受精卵を廃棄することに同意いたします。
本同意書の提出後に、未受精卵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、ご希望の内容への✓、の2点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

--