

凍結受精卵（胚） 廃棄同意書

ロイヤルハートクリニック

院長 山本泰明 殿

ロイヤルハートクリニックで現在保存されている
凍結受精卵（胚） のすべてを廃棄することに同意します。

令和 年 月 日

住所 〒

ふりがな

(ご本人署名)氏名

印

生年月日 昭和・平成 年 月 日

ふりがな

(配偶者署名)氏名

印

生年月日 昭和・平成 年 月 日

-----キトリ-----

(郵送の場合、切り取って封筒の表面に貼り郵送してください)

〒950-0905

新潟市中央区天神尾1-17-5

ロイヤルハートクリニック 培養室 宛

「同意書在中」