

凍結胚破棄同意書

愛育レディースクリニック院長殿

私たちは、現在貴院にて凍結保存してある以下の胚について、すべて破棄することに同意します。

同意年月日 西暦 年 月 日

凍結日または移管日

年 月 日の凍結胚 *1

破棄理由は以下の☑の通りです（患者様はいずれか1つに☑を入れてください）

 上記の凍結胚を用いた治療の意思がないため *2 離婚したため *3 妻または夫が死亡したため *4

〒

住所 _____

<診察券番号（妻）： _____ >

妻氏名（自署） _____

(Tel: _____)

夫氏名（自署） _____ *5

(Tel: _____)

- *1 破棄同意書のご提出があった場合、その胚が凍結期間満了日前であっても破棄いたします。
- *2 妻と夫それぞれのご署名
- *3 妻と夫それぞれのご署名 双方の署名が困難な場合、妻または夫いずれかのご署名と戸籍謄本(コピーでも可)の提出
外国人の方で戸籍謄本への記載が無い方は<離婚受理証明書>を提出してください
- *4 妻または夫いずれかのご署名
- *5 署名について：必ずそれぞれご本人が直筆でご署名をお願いします。
ご自身以外の方が本人の了解なく署名すると、私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。

医療法人愛育会 愛育レディースクリニック

〒242-0006 神奈川県大和市南林間2-13-3

TEL 046-277-3316