

## 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 \_\_\_\_\_

&lt;診察券番号（妻）： &gt;

妻氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

(Tel: \_\_\_\_\_)

夫氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印 \*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処分いたします。
- \*2 妻と夫それぞれの署名・捺印
- \*3 妻または夫いずれかの署名・捺印と戸籍謄本の提出
- \*4 妻または夫いずれか署名・捺印と死亡診断書のコピーまたは戸籍謄本の提出
- \*5 署名・捺印について：必ずそれぞれご本人が直筆で署名し、ご自身の手により捺印をお願いします。  
ご自身以外の方が本人の了解なく署名・捺印すると、有印私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。

説明者 \_\_\_\_\_ 年 月 日

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