

## 凍結胚(卵子)・凍結精子(精巣)の廃棄についての同意書

エフ. クリニック院長 殿

この度私たちは協議の結果、エフ.クリニックに保存されている

凍結胚(凍結卵子を含む) ・ 凍結精子(凍結精巣組織を含む)

(※廃棄を希望する方に○をお付けください)

を廃棄することを希望いたしますので、廃棄処分をお願いいたします。

西暦 年 月 日

住所

〒

---

---

妻氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日：昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

夫氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日：昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

※署名は必ずご本人様が行ってください

◇ 書類を郵送する場合には、下記宛先へお願いいたします。

〒030-0843 青森市浜田 3 丁目 3-7 エフ. クリニック 事務 行