

凍結胚の廃棄を希望する時に提出して下さい。

凍結胚廃棄依頼書

私達は、石渡産婦人科病院の定める凍結に関する規定に従うことに同意し、石渡産婦人科病院に凍結保存を依頼している凍結胚を

全て

個（詳細： _____ ）

廃棄することを依頼します。

石渡産婦人科病院 院長 石渡 勇 殿

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

住所：〒 _____

本人（妻）氏名： _____ 印

配偶者（夫）氏名： _____ 印

必ずご夫婦それぞれ直筆で署名・捺印し、提出して下さい。

(2018.10.改定)