

## 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。

説明者名 \_\_\_\_\_

医療法人石渡会 石渡産婦人科病院 院長 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。

-<確認事項>-----

1. 廃棄処分となる卵子・胚は研究や技術の向上目的に使用する場合があります。

使用に 同意します 同意しません

（必ずどちらかに☑をして下さい。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。）