

凍結受精卵廃棄に関する同意書

峯レディースクリニック 院長 峯 克也 殿

年 月 日に凍結した受精卵の廃棄をお願いいたします。

医学の発展のために破棄胚の研究利用に（同意いたします。同意いたしません。）

*同意いただいた場合もプライバシーは守られます。学会・論文等で発表する際に個人情報を開示することは一切ありません。

年 月 日

住所： _____

夫 署名 _____

住所： _____

妻 氏名 _____

説明医師 _____ 印



自由が丘

峯レディースクリニック

2017/5 作成版