

## 廃棄同意書（卵子）

ART クリニックみらい  
院長 村田 泰隆 殿

私たちは、貴院における治療のため、凍結卵子の管理・保管を依頼してまいりました。この度、両者の同意のもと凍結卵子の廃棄を希望し、貴院に凍結卵子の廃棄を依頼致します。本同意書の提出後に、凍結卵子の廃棄手続きについて一切の異議、申し立ては致しません。

同意年月日 20 年 月 日

住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

女性 診察券番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

男性 診察券番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

※ 必ずご本人が直筆で署名してください

※ 万一署名の真偽に関わる問題が生じても責任を負うことはできません

説明者

村田 泰隆