

廃棄同意書（卵子）

ART クリニックみらい
院長 村田 泰隆 殿

私たち夫婦は、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
ました。この度、夫婦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 _____

説明者

村田 泰隆