

## 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  
いました。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 西暦 年 月 日

住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

妻 診察券番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

夫 診察券番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

説明者

村田 泰隆