凍結胚保管終了同意書

私たちは、貴院に保管中の凍結胚をすべて保管終了とし、廃棄することに同意します。

同意日：　　年　　月　　日

妻（女性パートナー）氏名 ：（自署）

住所 ：

夫（男性パートナー）氏名 ：（自署）

住所 ：

鳥取市覚寺６３番地６

田口 IVF レディースクリニック　　田口　俊章　　殿

※ 複写が必要な場合はお手数ですがご自身で用意して頂きますようお願いします。　　2024.06.17 版