

凍結受精卵（胚）の廃棄同意書

JA 長野厚生連 南長野医療センター 篠ノ井総合病院に預けている
20 年 月に凍結保存期限が終了する凍結受精卵（胚）
をすべて破棄することに同意いたします。

JA 長野厚生連 南長野医療センター篠ノ井総合病院
不妊治療センター センター長 木村 薫 殿

20 年 月 日

住所 _____

氏名（夫） _____

氏名（妻） _____

※署名は、ご本人が直筆で署名されたものを有効とさせていただきます。