

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

提出日 20 年 月 日

- ※ 住所、氏名、妻の診察券番号と生年月日の記入をお願いします。
- ※ 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

住所 _____

氏名（夫） _____

氏名（妻） _____（診察券の番号）（ - - ）
（生年月日）（ S・H 年 月 日 ）

下記については培養担当者が記載しますので記入しないでください

症例番号： _____ 採卵日： _____
処理日： _____
患者名： _____（ ID： _____ ）

電子カルテ、 凍結胚（台帳）、 凍結胚（パソコン）