

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（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。

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： _____
提出日： _____
患者名： _____ (ID： _____)