



凍結保存受精卵の破棄申込書

みむろウイメンズクリニック

院長 三室 卓久 殿

みむろウイメンズクリニックに保存している凍結受精卵の全てを破棄することを同意いたします。

(破棄理由を下記から選択してチェックして下さい)

- 離婚された場合やご夫婦のどちらかが死亡された場合、または行方不明となった場合
- 患者様の年齢が生殖年齢を超えた場合
- 妊娠により患者様の生命に危険が及ぶと予想されるような場合
- 患者様の希望により凍結胚を廃棄する場合
- 凍結延長の更新手続きがされていない場合
- その他

同意年月日 年 月 日

〒:

住所:

診察券番号: _____

夫氏名: _____ (自筆)

携帯番号

(自宅): _____

診察券番号: _____

妻氏名: _____ (自筆)

携帯番号

(自宅): _____

院内用

サマリ	FFM台帳	確認日	Top	台帳
-----	-------	-----	-----	----