卵子の廃棄処分に関する同意書

私（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）は、

東京ＨＡＲＴクリニックで凍結保存した 容器＿＿＿＿個（卵子＿＿＿＿個）

（凍結年月日：西暦　　年　　月　　日）

について、今後凍結保存の継続を希望しませんので、東京ＨＡＲＴクリニックで

廃棄してください。

施設責任者　東京ＨＡＲＴクリニック院長　岡　親弘

説明日　西暦　　年　　月　　日

同意書説明者　岡　親弘　／　町田　真雄子

住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（必ず自署のこと）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　署名日付　西暦　　年　　月　　日