

## 胚の廃棄処分に関する同意書

私達（妻\_\_\_\_\_夫\_\_\_\_\_）は、  
東京HARTクリニックで凍結保存した 容器\_\_\_\_\_個（胚\_\_\_\_\_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）

妻氏名 \_\_\_\_\_ 署名日付 西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

夫氏名 \_\_\_\_\_ 署名日付 西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日