

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 / 岡 和彦

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