

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 / _____ 岡 和彦

住所 〒 _____

電話番号 _____

（必ず自署のこと）

氏名 _____ 署名日付 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日