



凍結卵子廃棄についての同意書

院長殿

この度私は凍結卵子廃棄について、以下の点、

1. 廃棄する卵子の取り扱いは貴院に一任すること。
2. 凍結卵子廃棄についての同意書が受理された後は、原則としてキャンセルできないこと。

について十分理解し、納得しました。

その上で廃棄することに同意いたします。

なお、私のほか、親族一同、貴院の治療方針を信頼し同意いたします。

上記の通り誓約し本書面を提出いたします。

西暦 年 月 日

住所

氏名 印

オーク住吉産婦人科
オーク梅田レディースクリニック
オーク銀座レディースクリニック

TEL 0120-009-345

説明者 ()