

凍結胚 更新破棄 申請承諾書

六本木レディースクリニック 池袋院
院長 伴 政明 殿

私たちは、保存されている凍結胚の更新または破棄の手続きを承諾します。
(の部分にご記入ください)

■保存期限 年 月 日 (胚 ・ 精子 ・ 卵子) 本

- ※記入後、ご提出前にコピーを取り、控えとしてご自身で保管してください。
- ※本書は、クリニックにご提出ください。
- ※保存期限は、採卵の際のレポート、融解胚移植の際のレポートに記してありますのでご確認ください。

年 月 日

本人 (直筆)	ID	氏名
配偶者 (直筆)	ID	氏名
ご住所		
電話番号		

必ず直筆で署名をお願いいたします。