

# 凍結胚・凍結精子 廃棄同意書

(該当項目に○をしてください)

私達は協議の上で、芝公園かみやまクリニックに凍結保存されている以下の 凍結胚 ・ 凍結精子 (該当項目に○をしてください) をすべて廃棄処分することに同意します。

年 月 日

芝公園かみやまクリニック 院長 殿

住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

妻 氏名 (印)

夫 氏名 (印)

( 連絡先 電話番号 — — )