


様

胚凍結保存継続の同意書

私たち夫婦は胚凍結保存継続に関する説明を受けました。

年 月 日凍結を行った胚の保存を

- 年 月 日まで延長することを希望しこれに同意いたします。
- 貴院にて胚凍結保存の継続を希望しません。これに同意いたします。

(いずれかに  印をおねがいします。)

石松ウイメンズクリニック

石 松 正 也 殿

年 月 日

住所 _____

夫・氏名 _____ 印 (自署)

妻・氏名 _____ 印 (自署)