

凍結胚に関する申請書

※廃棄・継続のどちらか一つに署名をして下さい。

<凍結胚を廃棄する場合>

医療法人 真心会 草津レディースクリニック

理事長 野村 哲哉 殿

平成 年 月 日

院長 森 敏恵 殿

我々夫婦は、凍結胚の処分権を草津レディースクリニック側に移管する事に同意します。

患者氏名 : _____ 印 生年月日 : _____ 年 月 日

配偶者氏名 : _____ 印 生年月日 : _____ 年 月 日

住所 : _____

電話番号 : _____

* 書類内容について連絡をさせて頂く事があります。

上記の電話番号や住所への連絡以外をご希望の方は連絡方法をご記入下さい。 _____

<凍結胚保存期間の更新を希望する場合>

医療法人 真心会 草津レディースクリニック

理事長 野村 哲哉 殿

平成 年 月 日

院長 森 敏恵 殿

我々夫婦は、凍結胚保存期間を更新する事を希望します。

患者氏名 : _____ 印 生年月日 : _____ 年 月 日

配偶者氏名 : _____ 印 生年月日 : _____ 年 月 日

住所 : _____

電話番号 : _____

* 書類内容について連絡をさせて頂く事があります。

上記の電話番号や住所への連絡以外をご希望の方は連絡方法をご記入下さい。 _____

<書類郵送> 可・否 <電話連絡> 可・否