凍結 胚の破棄 同意書

医療法人　越田クリニック　理事長　山田成利　殿

私たちは、以下の理由で凍結胚を破棄することに同意し、貴院に依頼いたします。
一旦破棄した細胞を元の状態に戻すことは不可能であることは理解しています。
破棄方法は貴院の方法（細胞の死滅確認の後、物理的に破棄する）に一任します。

破棄理由（該当するものに必ずチェックしてください）

□自由意志のもと
□本人またはパートナーが死亡した場合
□離婚・パートナー解消のため
□その他（　　）

破棄を希望する細胞
年　　月　　日 に凍結保存した胚
年　　月　　日 に凍結保存した胚
年　　月　　日 に凍結保存した胚

記　入　日　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

カルテ番号　＿＿＿＿＿＿

本人署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

パートナー署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿