

診療録添付

凍結保存胚破棄に関する同意書

日本医科大学付属病院
院長殿

20__年__月__日に凍結保存した胚の破棄をお願いいたします。

20 年 月 日

住所 _____

夫氏名（自署） _____ 印

妻氏名（自署） _____ 印

説明医師（女性診療科・産科） _____ 印

患者交付用

凍結保存胚破棄に関する同意書

日本医科大学付属病院
院長殿

20__年__月__日に凍結保存した胚の破棄をお願いいたします。

20 年 月 日

住所 _____

夫氏名（自署） _____ 印

妻氏名（自署） _____ 印

説明医師（女性診療科・産科） _____ 印