



破棄

## 凍結卵子破棄申請書

嶋田 秀仁 院長 殿

同意年月日：西暦 20 年 月 日

西暦 20 年 月 日 期限の凍結卵子について、破棄を希望致します。

患者番号： \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名： \_\_\_\_\_ 印

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

同意書に署名・捺印をされる際は、凍結卵子保存について当院の規定を十分に理解し、又、本治療経過中もしくは治療後のいかなる事態についても事前に説明を受けた事柄については一切の異議を申し立てないことに同意して頂きます。