

凍結卵の破棄に関する同意書

アートクリニック産婦人科

院長 吳竹昭治 殿

私たち二人（または私）は今回の体外受精の治療において生じた余剰胚を凍結保存した以下の凍結胚を破棄することをお願いいたします。

西暦 年 月 日に凍結保存した凍結卵 個（ 回分）

- 1) 余剰胚の破棄について十分な説明を受け、納得しました。
- 2) 日本産婦人科学会会告「胚の凍結保存期間は、夫婦の婚姻の継続期間のみとする」に従い、夫婦が離婚した場合には、凍結胚を廃棄することに同意いたします。
- 3) 夫婦のどちらか一方が死亡した場合でも、同様に戸籍謄本のコピーを提出し、凍結胚を廃棄することに同意いたします。

破棄希望日 西暦 年 月 日

記入日 西暦 年 月 日

現住所： _____

(元) 夫の氏名： _____ 印
(自署・異なる印鑑)

記入日 西暦 年 月 日

現住所： _____

(元) 妻の氏名： _____ 印
(自署・異なる印鑑)