

凍結胚保存破棄 依頼書

北里大学北里研究所病院
 病院長 殿

北里大学北里研究所病院に保存している凍結胚を破棄することに同意いたします。

■破棄内容

胚	すべて ・ 一部
---	----------

該当項目を○で囲ってください

■破棄内容で「一部」を選ばれた方のみ記入をお願いいたします。

●凍結実施日（例） 2018年 1月 1日	胚 胚盤胞(3BC)	No. 1
●凍結実施日 年 月 日	胚	
●凍結実施日 年 月 日	胚	
●凍結実施日 年 月 日	胚	
●凍結実施日 年 月 日	胚	
●凍結実施日 年 月 日	胚	

計 _____ 個

年 月 日

住所	
妻(自署)	ID()
夫(自署)	ID()
連絡先 名前	電話番号

妻・夫のいずれも署名が必要です。署名なき場合は無効となります。