

当院使用欄		日付	実施者
患者様 控え	<input type="checkbox"/> 手渡し		
	<input type="checkbox"/> 郵送		
<input type="checkbox"/> 当院（原本保管）			
<input type="checkbox"/> scan（データ保存）			
<input type="checkbox"/> 入金確認			

## 破棄処分依頼書

私たちは、赤坂レディースクリニックに凍結保存されている胚の破棄処分を依頼します。破棄処分の方法については貴院の方法にお任せします。また破棄による損害など一切求めないことを約束します。なお説明冊子内の、当院規定・注意事項・免責事項について理解し納得しました。

**\* 破棄処分を希望する凍結胚は以下の通りです**

胚	空欄をご記入ください					該当項目に○、もしくは凍結IDをご記入ください					
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】

**\* 破棄処分理由は以下の通りです。（※該当項目に☑をしてください）**

<input type="checkbox"/>	自由意志のもとに依頼
<input type="checkbox"/>	夫もしくは妻が死亡のため
<input type="checkbox"/>	離婚・パートナー解消のため

医療法人社団江仁会 赤坂レディースクリニック 院長 殿

記入年月日		年		月		日
住所（妻）	〒					
妻氏名（自署）					ID 診察券番号	
夫氏名（自署）					ID 診察券番号	

※事実婚カップルの場合は女性側を妻、男性側を夫と読みかえてください。  
 ※署名は、それぞれご本人が直筆で署名されたものを有効とさせていただきます。