

# 凍結胚保存中止同意書

私たちは 令和 年 月 日（更新期限日）時点において井上善レディースクリニックで保管している凍結胚の保存を中止することに同意し、これを一任します。

また、以下の付帯条項につきましても納得いたしましたので従うことに同意致します。

## <保存中止方法>

次の a か b のどちらかに○を付けて下さい。○がない場合には保存中止方法の選択権は当院に帰属することとします。

a: 井上善レディースクリニック倫理委員会規定内での研修に供与してもよい

b: 直ちに保存中止

医療法人 井上善レディースクリニック  
院長殿

令和 年 月 日

現住所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

妻の氏名： \_\_\_\_\_ (自著下さい)

夫の氏名： \_\_\_\_\_ (自著下さい)

一名のみの自著の場合は理由を以下にご記入下さい。

\_\_\_\_\_  
※離婚、死別、行方不明など