

凍結保存胚の移送に関する同意書

IVF 詠田クリニック

〒810-0001

福岡市中央区天神 1 丁目 12-1

TEL : 092(735)6655

FAX : 092(735)6656

院長 詠田由美

搬送中の不測の事態により凍結保存胚を完全に保存できない場合がありますが、当院では責任を負いかねますのでご了承くださいますようお願い致します。

個人情報に関しましては、個人情報保護法により取り扱います。

IVF 詠田クリニック院長殿

私たちは上記に同意致し、すべての凍結保存胚を下記施設へ移送することを希望します。

移送先施設：施設名 _____

住所 _____

TEL _____

移送依頼業者：移送業者名 _____ 担当者 _____

令和 年 月 日

氏名（妻） _____

氏名（夫） _____