



胚移植予定の患者さまへ

同意書

新橋夢クリニック 院長 殿

私たち夫婦は、今回の凍結胚または新鮮胚移植に関して同意し、移植胚による治療を受けることを希望します。

西暦 年 月 日

夫 _____ (自筆)

妻 _____ (自筆)

※胚移植当日までにこの同意書が提出できない場合は、胚移植がキャンセルとなる事がありますのでご注意ください。

診察券番号(妻) _____