

体外受精・顕微授精による凍結精子使用 同意書

新橋夢クリニック
院長 殿

私は、今周期の採卵にて凍結精子を使用することに
同意いたします。

記入日 西暦 _____年__月__日

夫 (自筆) _____

生年月日 _____年__月__日

