

胚移植同意書

神戸元町夢クリニック 院長 河内谷 敏 殿

私達は、挙児を希望する夫婦で、心身ともに妊娠・分娩・育児に耐え得る状態にあり、双方の希望により今周期の胚移植が施行されることに同意いたします。

(妻が記入)

同意年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日(自署) (同意された日より1ヶ月間に限り有効です)

診察券番号 _____ 氏名(妻) _____ (自署)

(夫が記入)

同意年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日(自署) (同意された日より1ヶ月間に限り有効です)

診察券番号 _____ 氏名(夫) _____ (自署)