

黃建榮婦產科  
銷毀（胚胎/精子/卵子）同意書

本人\_\_\_\_\_（本人簽名）配偶\_\_\_\_\_（本人簽名）

同意將民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

委託存於黃建榮婦產科之（冷凍胚胎/冷凍精子/冷凍卵子）

於民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 委由貴院銷毀。

銷毀原因：不希再續存/胚胎異常/其他\_\_\_\_\_

此致 黃建榮婦產科診所

立同意書人

本人\_\_\_\_\_（本人簽名）身份證／護照號碼：\_\_\_\_\_

配偶\_\_\_\_\_（本人簽名）身份證／護照號碼：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

電話：（手機）\_\_\_\_\_（住家）\_\_\_\_\_

施術醫師：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日