

# 凍結保存破棄申請書

西船橋こやまウィメンズクリニック

院長 小山 寿美江 殿

西船橋こやまウィメンズクリニックにて保存している凍結保存胚・精子・未受精卵子の破棄を申込みます。

■保存期限 西暦 年 月 日の(胚・精子・未受精卵子)(本)

西暦 年 月 日

本人 診察券番号:

氏名:

印

配偶者 診察券番号:

氏名:

印

ご住所:

電話番号:

※必ずご本人が署名し、捺印をお願いします。

医師

培養士