

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

(どちらかにチェックをお願いします)

☐ 西船橋こやまウィメンズクリニックに現在保存されている凍結物(胚・精子・未受精卵)すべての破棄を申し込みます。

☐ 以下の凍結物の破棄を申し込みます。

■ 保存期限 西暦 年 月 日の(胚 ・ 精子 ・ 未受精卵) (本)

■ 保存期限 西暦 年 月 日の(胚 ・ 精子 ・ 未受精卵) (本)

■ 保存期限 西暦 年 月 日の(胚 ・ 精子 ・ 未受精卵) (本)

■ 保存期限 西暦 年 月 日の(胚 ・ 精子 ・ 未受精卵) (本)

申請日：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：			

※ご署名はお2人それぞれ直筆にてお願いいたします。

※記入日・枠内の記入項目すべてご記入いただき、ご捺印お忘れないようお願いいたします。

※申請書を郵送でお送りいただく際は、郵便料金に不足がある場合、受け取ることができません。

あらかじめご了承ください。

医師	培養士
----	-----