

凍結保存廃棄 申請書

おおたかの森 ART クリニック
院長 香川珠紀 殿

おおたかの森 ART クリニックにて凍結保存検体の廃棄を申し込みます。
該当箇所にチェックと記入をお願いします。

凍結保存検体全てを廃棄希望の方

凍結保存検体全ての廃棄を申し込みます。

凍結保存検体の一部廃棄を希望の方

凍結保存検体の一部廃棄を申し込みます。

廃棄希望の検体を下記にご記入ください。

凍結日 年 月 日の 凍結胚 No.() No.() No.() No.()

凍結日 年 月 日の 凍結胚 No.() No.() No.() No.()

凍結日 年 月 日の 凍結精子 ()本

凍結日 年 月 日の 凍結精子 ()本

記入日 年 月 日

妻 ID 妻氏名 印

夫 ID 夫氏名 印

住所

電話番号