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中の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。

凍結保存検体すべてを廃棄希望の方

凍結保存検体すべ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 _____

※妻氏名、夫氏名に関しては必ずご本人が記入してください