

凍結保存検体廃棄申請書

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凍結保存検体の廃棄を申し込みます。
下記の廃棄希望の検体についてご記入下さい。

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。

一部検体廃棄の際は医師との確認のうえで廃棄胚を決定します。表は空欄のままお持ちください。

凍結胚No	凍結日	グレード

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。