

クリニック使用欄	日付	実施者
患者様 控え	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送	
<input type="checkbox"/> 原本保管		
<input type="checkbox"/> スキャン		
<input type="checkbox"/> 入金確認		

凍結精子の廃棄同意書

ノア・ウィメンズクリニック 院長殿

私たち夫婦は、貴院に凍結保存されている凍結精子の廃棄を本同意書の提出をもって申請いたします。

20 年 月 日

(〒 -) 住所

TEL - -

氏名(妻)(自署) (印) (診察券番号)

氏名(夫)(自署) (印) (診察券番号)

※どちらか死亡や離婚により、お二人での署名が困難な場合、本同意書と共に戸籍謄本をご提出ください。

廃棄希望精子の凍結日	凍結本数
(例) 2017年4月 1日	1 本
20 年 月 日	本
20 年 月 日	本
20 年 月 日	本
20 年 月 日	本
20 年 月 日	本
20 年 月 日	本
20 年 月 日	本
20 年 月 日	本
20 年 月 日	本
20 年 月 日	本
20 年 月 日	本



クリニック 記載欄	受理日	受付	医師	Lab
--------------	-----	----	----	-----