

凍結精子の破棄同意書

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破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)

(夫) (自署) 印 (診察券番号)

※どちらかの死亡や離婚により、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。

破棄希望精子の凍結日			
20	年	月	日
20	年	月	日
20	年	月	日
20	年	月	日
20	年	月	日
20	年	月	日
20	年	月	日
20	年	月	日
20	年	月	日
20	年	月	日
20	年	月	日
20	年	月	日
20	年	月	日



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