

胚凍結保存廃棄依頼書

住所：千葉県船橋市本町6-1-7 エスペランサK 2F
船橋駅前レディースクリニック 院長 木村 秀崇 殿

貴院で凍結保存されている凍結胚を廃棄することを希望いたしますので、廃棄処分をお願いいたします。

患者記入欄 「胚凍結保存廃棄」を 依頼します

凍結日（西暦 年 月 日）日付をご記入ください

夫 ID 夫署名（直筆） 同意日：西暦

妻 ID 妻署名（直筆） 同意日：西暦

住所
〒

必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

ご本人以外の方が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。