

胚 凍結保存廃棄 依頼書

医療法人社団 陽柳会 三軒茶屋Artクリニック 院長 坂口 健一郎 殿

「三軒茶屋 Art クリニック」に凍結保存している、下記の胚の凍結保存の廃棄を希望いたします。住所も含め、全てご記入ください。

患者記入欄 「胚 凍結保存廃棄」を ☐ 依頼します ※チェックをご記入ください

凍結日（西暦 20 年 月 日）日付をご記入ください

（該当周期で最初に凍結した日付を初回凍結日（基点）とします）

同意日： 20 年 月 日

妻 ID _____ 妻署名(直筆) _____

夫 ID _____ 夫署名(直筆) _____

〒

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。
- ※ また、住所は必ず現住所をご記入ください。

