

## 卵子凍結保存廃棄 依頼書

奥野病院 院長 奥野 幸一郎殿

「奥野病院」に凍結保存している、下記の卵子の凍結保存の廃棄を希望いたします。  
住所も含め、枠内全てご記入下さい。

<table><tr><td>患者記入欄</td><td>「卵子凍結保存廃棄」を</td><td><input type="checkbox"/></td><td>依頼します</td></tr><tr><td colspan="4">凍結日（西暦            年            月            日）日付をご記入ください</td></tr><tr><td colspan="4">卵子の所有者</td></tr><tr><td>診察券番号</td><td>署名(直筆)</td><td>同意日:西暦</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>〒</td><td colspan="3">-</td></tr></table>	患者記入欄	「卵子凍結保存廃棄」を	<input type="checkbox"/>	依頼します	凍結日（西暦            年            月            日）日付をご記入ください				卵子の所有者				診察券番号	署名(直筆)	同意日:西暦	年 月 日	住所				〒	-		
患者記入欄	「卵子凍結保存廃棄」を	<input type="checkbox"/>	依頼します																					
凍結日（西暦            年            月            日）日付をご記入ください																								
卵子の所有者																								
診察券番号	署名(直筆)	同意日:西暦	年 月 日																					
住所																								
〒	-																							