

全ての凍結精子 廃棄 依頼書

おくの ART クリニック 院長 奥野 幸一郎殿

「おくの ART クリニック」に凍結保存している、すべての精子(精巣組織)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。

患者記入欄 「すべての凍結精子 廃棄」を依頼します。

精子の所有者

診察券番号 _____ 署名(直筆) _____ 同意日:西暦 _____ 年 月 日

住所
〒 _____