

精子 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 「精子 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

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

〒 -