

胚凍結保存廃棄 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、下記の胚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。

患者記入欄 「胚凍結保存廃棄」を 依頼します

初回凍結日(西暦 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)

夫診察券番号 _____ 夫署名(直筆) _____ 同意日:西暦 _____

妻診察券番号 _____ 妻署名(直筆) _____ 同意日:西暦 _____

住所
〒 _____