

卵子凍結保存廃棄依頼書

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、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。

患者記入欄	「卵子凍結保存廃棄」を依頼します。				
凍結日	(西暦	年	月	日)	日付をご記入ください
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					
〒					