

## 精子 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			
〒			