

全ての凍結胚 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、下記の凍結胚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 「凍結胚 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)

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)

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
〒