

精子凍結 廃棄同意書

くぼのや IVF クリニック 院長 山口 隆 殿

私は、くぼのや IVF クリニックにて凍結保存されているすべての精子を廃棄していただくことを希望します。

↓下記ご記入いただき、ご提出ください。

廃棄を申し込みます。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察券番号： 88

住所： 〒 _____

(建物名もご記入ください)

氏名（自署）： _____ 電話番号： _____

<郵送先>

〒277-0005 千葉県柏市柏 2-5-14 PRAXIS 柏 3F
くぼのや IVF クリニック
TEL：04-7136-2601

※窓口へ持参される場合は下記受付時間内にご来院ください。

【受付時間】9：00～16：00（日・祝日は除く）

(当院使用欄)

同意書受領日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 受領者： _____

凍結日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 保管場所： _____

確認者： _____ / _____

廃棄施行日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 実施者： _____ / _____