

凍結胚、卵子の廃棄願

竹林ウィメンズクリニック理事長 竹林浩一 殿

私たちは、竹林ウィメンズクリニックで(凍結日：^(西暦) 年 月 日)

に凍結保存された胚・卵子を廃棄することを希望致します。

同意年月日：^(西暦) 年 月 日 (この書類を記入された日付)

診察券番号 _____

本人 氏名 (自署)

住所 〒

連絡先 (自宅/携帯)

配偶者 氏名 (自署)

住所 (ご本人の欄と違う場合のみ記載してください)

連絡先 (自宅/携帯)

ご本人の自署を記入することが困難な場合は、下記から理由を選択してください。

死亡 離婚や事実婚の解消 その他(理由: _____)

記入者氏名:

続柄:

連絡先:(自宅/携帯)