

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）

パートナー 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）