

凍結保存 破棄 申請書

六本木レディースクリニック 池袋院
院長 伴 政明 殿

六本木レディースクリニック池袋院に保管されている胚・精子・卵子の破棄を依頼します。
(の部分にご記入ください)

■保存期限 年 月 日 (胚・精子・卵子) 本

※記入後、ご提出前にコピーを取り、控えとしてご自身で保管してください。

※本書は、クリニックにご提出ください。

※保存期限は、採卵の際のレポート、融解胚移植の際のレポートに記してありますのでご確認ください。

年 月 日

| | | |
|-------------|----|----|
| 本人 (直筆) | ID | 氏名 |
| | | |
| 配偶者 (直筆) | ID | 氏名 |
| | | |
| ご住所 | | |
| 電話番号 | | |

必ず直筆で署名をお願い致します。

ご自身以外の方が、本人の了承なく署名した場合は、有印私文書偽造に該当します。

その場合は、破棄された胚について当院では一切の責任を負いかねます。

| | | |
|----|-----|-----|
| 医師 | 培養士 | 培養士 |
| | | |