

胚凍結保存廃棄依頼書

住所：東京都港区東新橋1-5-2 汐留シティセンター3F
リプロダクションクリニック東京 院長 竹内 巧 殿

「リプロダクションクリニック東京」に凍結保存している、下記の胚の凍結保存の廃棄を希望いたします。

患者記入欄 「胚凍結保存廃棄」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）

夫 ID 夫署名（直筆） 同意日：西暦

妻 ID 妻署名（直筆） 同意日：西暦

住所
〒

必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

ご本人以外の方が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。