

卵子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、下記の卵子の凍結保存の廃棄を希望いたします。

患者記入欄 「卵子凍結保存廃棄」を 依頼します

凍結日（西暦 年 月 日）日付をご記入ください

卵子の所有者

ID 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。