

# 卵子凍結保存廃棄依頼書

リプロダクションクリニック 理事長 石川 智基

「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 ※住所の変更があった場合はクリニックへお電話いただくか、[contact@reptokyo.jp](mailto:contact@reptokyo.jp) にご連絡ください。

〒

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。

フリクション等、改変可能なペンでの記載は受理いたしません（書き直していただきます）。