

凍結精子廃棄同意書

東京衛生アドベンチスト病院附属めぐみクリニック

院長 吉井 紀子 殿

私たち夫婦は十分に協議したうえで、東京衛生アドベンチスト病院附属めぐみクリニックに凍結保存されている全ての凍結精子について、廃棄することに同意します。

同意年月日 西暦 年 月 日

住所：〒

妻 氏名 (自署) (診察券番号)

夫 氏名 (自署) (診察券番号)

ご夫婦の連絡先を記載してください

妻	電話： _____	メール： _____
夫	電話： _____	メール： _____

〔クリニック記入欄〕

廃棄対象凍結精子

凍結年月日	年	月	日	(凍結番号： _____)	本
凍結年月日	年	月	日	(凍結番号： _____)	本
<u>合計</u>					<u>本</u>

廃棄日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 確認者 _____ / _____