

凍結精子破棄の申請書

医療法人 愛育会 レディースクリニックあいいく

榎園 祐治 殿
樋渡 小百合 殿

レディースクリニックあいいくに預けているすべての
凍結精子の **破棄**を申請いたします。

年 月 日

〒

住所

本人署名

印 携帯番号

配偶者（妻）氏名

印 携帯番号

保護者署名

印 携帯番号

※署名は、精子を保存されているご本人様（夫）が自筆にてお願いします

※未成年の場合、保護者の署名・捺印が必要です