

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 _____ 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