

# 凍結精子保存延長の申請書

## (一部破棄用)

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

貴院に預けている凍結精子のうち( )本を破棄し、残りの凍結精子は保存延長を申請いたします。

どの凍結精子を破棄するか判断については、貴院に一任します。

\_\_\_\_\_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