

# 凍結保存破棄 申請書

両角レディースクリニック  
院長 両角和人 殿

両角レディースクリニックにて保存している凍結物の破棄を申し込みます。

保存期限 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日の ( 胚・精子 ) ( \_\_\_\_\_ 本 )

保存期限 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日の ( 胚・精子 ) ( \_\_\_\_\_ 本 )

保存期限 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日の SEET Medium ( \_\_\_\_\_ 本 )

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ:

(ID \_\_\_\_\_ ) 患者氏名: \_\_\_\_\_ 印

フリガナ:

配偶者氏名: \_\_\_\_\_ 印

住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

※必ずご本人が直筆で署名し、捺印をお願いします。

**凍結胚の一部破棄の場合**は破棄を希望する胚の評価をご記入ください。

[凍結日 / / ] ( ) cell G ( ) / 胚盤胞 ( )

[凍結日 / / ] ( ) cell G ( ) / 胚盤胞 ( )

[凍結日 / / ] ( ) cell G ( ) / 胚盤胞 ( )

[凍結日 / / ] ( ) cell G ( ) / 胚盤胞 ( )

[凍結日 / / ] ( ) cell G ( ) / 胚盤胞 ( )

※胚盤胞の破棄の場合、破棄する胚盤胞と同数の SEET Medium も破棄となります。

医 師	培養室	受 付
-----	-----	-----