

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)

記入日 年 月 日

フリガナ:

妻の氏名: (ID) 印

フリガナ:

夫の氏名: (ID) 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
-----	-----	-----

年凍結