

# 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胚等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 )

フリガナ:

夫の氏名 (ID )

住所: 〒

電話番号:

※必ずご本人が直筆で署名をお願いします。

**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