

凍結胚の廃棄申込書

(凍結胚の保管期限の延長を希望されない場合)

【保管期限：20 年 月末日】

さっぽろ ART クリニック 院長 殿

私たち夫婦は、さっぽろ ART クリニックにて保管してある凍結胚の廃棄を
申し込めます。

また凍結胚の廃棄に関して、別紙「凍結胚の保管に関する重要事項」の内容に
同意します。

申込日：20 年 月 日

住所：〒

電話番号：

夫氏名（自署）：ID 氏名

妻氏名（自署）：ID 氏名

※必ずそれぞれご本人が直筆で署名してください

※本申込書上部の青字の箇所に更新手続きを希望される検体の保管期限のご記入を
お願い致します。

クリニック確認欄

クリニック確認欄