

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)

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
申し込みます。

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。

(今回、廃棄を希望する凍結胚の期限を以下にご記入ください。)

保管期限：20 年 月末日
保管期限：20 年 月末日
保管期限：20 年 月末日
保管期限：20 年 月末日
保管期限：20 年 月末日

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

クリニック確認欄

クリニック確認欄