

凍結精子の廃棄申込書

(凍結精子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精子の廃棄を
申し込めます。

また凍結精子の廃棄に関して、別紙「凍結精子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、廃棄手続きを希望される検体の保管期限の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