記入例

＊オレンジの部分をご夫婦でご記載ください。（署名は各々でお願いします。）
ご不明な点等ありましたらご連絡ください。記載内容に不備があった場合受理できません。

No. 101234

患者 ID をご記入下さい。

受精卵破棄願い

医療法人 てらにしレディースクリニック院長　殿

（保険・自費）で凍結した受精卵　2014 年　3 月　12 日　1 個
2014 年　3 月　15 日　2 個
2014 年　3 月　16 日　1 個について

採卵を自費か保険で行ったか丸で囲って下さい。

破棄希望の凍結卵の凍結日をご記入下さい。

凍結保管延長を希望しません。

すべての受精卵の破棄を希望します。

（※手続き完了後、当院の規定に基づき破棄させていただきます）

以下にご記入・捺印をお願いいたします。

（西暦）　2024　年　12　月　12　日

同意書記入日をご記入下さい。

住所　〒（●●●－●●●●）

大阪府大阪狭山市　●●●町　●－●－●

住所・TEL をご記入下さい。

TEL（　072　―　●●●　―　●●●●　）

氏名　（妻）　●●　花子　印

（夫）　●●　太郎　印

ご夫婦ご署名下さい。
印鑑は別々のものを押印ください。

No.

凍結受精卵破棄願い

医療法人 てらにしレディースクリニック院長　殿

（保険・自費）で凍結した受精卵　　年　月　日　個
年　月　日　個
年　月　日　個　について

凍結保管延長を希望しません。

すべての受精卵の破棄を希望します。

（※手続き完了後、当院の規定に基づき破棄させていただきます）

以下にご記入・捺印をお願いいたします。

（西暦）　　年　　月　　日

住所　〒（　　－　　）

TEL（　　—　　—　　）

氏名　（妻）　　印

（夫）　　印

＊必ず各自筆でご署名お願いいたします。