

廃棄願

あいだ希望クリニック 院長 御中

私ども、氏名 _____、氏名 _____ は、

あいだ希望クリニックにおいて _____ 年 _____ 月 _____ 日に凍結保存いたしました

私ども夫婦の凍結胚 計 _____ 個の保存更新を希望いたしません。

保存期間満了後に廃棄をお願いいたします。

年 _____ 月 _____ 日

ご住所 _____

お名前 男性（署名） _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

お名前 女性（署名） _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 診察券番号 _____

※住所が異なる場合、ご記入ください。

ご住所 _____

凍結胚認識情報 培養士記載

- ① _____
② _____
③ _____

受付	培養室	院長	事務局