

凍結精子廃棄 同意書

彦名レディースライフクリニック 院長 井庭信幸 殿
担当 井庭裕美子 殿

彦名レディースライフクリニックで保存している凍結精子を廃棄することに同意します。

住所：

連絡先電話番号：

夫 ID 夫署名（直筆）

妻 ID 妻署名（直筆）

同意日：西暦 年 月 日

枠内すべてご記入ください。必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

*注意事項

・凍結精子廃棄の手続きは本書のご提出により完了となります。書類の提出は郵送あるいは当院窓口のいずれかで承ります。