

凍結胚保存の終了・破棄依頼書

医療法人セントポーリア 操レディスホスピタル

院長 高野 恭平 殿

凍結保存の終了・破棄を希望いたします。

医療法人セントポーリア操レディスホスピタルに預けている、凍結胚の保存を終了しすべて破棄することを望みます。

また、この依頼書を提出後に凍結胚についての異議は一切申しません。

以下すべてご記入ください。

西暦 年 月 日

診察券番号 _____

現住所 (〒 -)

住所変更があった場合は提出時に必ずお申し出ください。

夫氏名(直筆) _____ ⑨ TEL _____

妻氏名(直筆) _____ ⑨ TEL _____

※必ずご本人が直筆で署名(フルネーム)・捺印をお願いいたします。ご本人以外の方が本人の了解なく署名・捺印すると有印私文書偽造に該当いたしますのでご注意ください。

※ご記入後はご自身でコピーを取り、控えとして大切に保管してください。

