

ID _____

凍結卵子廃棄 依頼書

親愛レディースクリニック 院長 藤井 良造

記

私は20 年 月 日に採卵を行った凍結保存卵子について 廃棄 することを希望します。

以上

ID : _____ 署名（直筆）： _____ 電話番号： _____

同意年月日：20 / / _____

住所： _____

必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

ご本人以外の方が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。

フリクションペン等、改変可能なペンでの記載は受理いたしません（書き直していただきます）。