

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)。