

凍結精子廃棄 依頼書

親愛レディースクリニック 院長 藤井 良造

記

私夫婦は 20 年 月 日に凍結した凍結保存精子について 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（奥様、パートナーの署名も受理いたしません）。
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）。