

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)。