

凍結保存 破棄 申請書

六本木レディースクリニック
院長 小松 保則 殿

六本木レディースクリニックに保存されている胚・精子・卵子の破棄を依頼致します。
(の部分にご記入下さい)

■保存期限 年 月 日の (本)

■保存期限 年 月 日の (本)

■保存期限 年 月 日の (本)

破棄理由は以下の通りです。(患者様はいずれか1つにを入れて下さい)

<input type="checkbox"/> 自由な意思の下に依頼	本人と配偶者欄の両方へご記入下さい
<input type="checkbox"/> 配偶者死亡の為	ご生存されている方の欄のみご記入下さい
<input type="checkbox"/> 離婚の為	本人と配偶者欄の両方へご記入下さい 別居の場合は、別々の書面にご記入頂いても結構です

年 月 日

本人 (直筆)	生年月日	氏名
	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> (印)
配偶者 (直筆)	生年月日	氏名
	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> (印)
ご住所	<input type="text"/>	
電話番号	<input type="text"/>	

署名・捺印については必ず直筆で署名し、捺印をお願い致します
ご自身以外の方が本人の了承なく署名・捺印した場合は、有印私文書偽造に該当します
その場合、破棄された胚・精子・卵子について当院では一切の責任を負いかねます

医師	培養士
<input type="text"/>	<input type="text"/>