

受精卵 廃棄申請書

凍結保存日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ASKA レディースクリニック院長殿
凍結保存されている受精卵の廃棄を申請いたします。

診察券番号 (_____) 夫 _____ 印

診察券番号 (_____) 妻 _____ 印

廃棄申請には、ご夫婦双方の署名と捺印が必要です。

連絡先 (受理書送付先)

〒 (_____) - (_____)

TEL _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

以下を切り取り封筒の表にはって表書きに利用してください。

.....キ・リ・ト・リ.....

〒631-0001 奈良市北登美ヶ丘 3-3-17
ASKA レディースクリニック 受付 宛

「申請書」在中