

精子廃棄申請書

ASKA レディースクリニック院長殿

私は貴院にて凍結保存されている精子（凍結保存日 年 月 日）
が不要となったため、廃棄を申請いたします。

年 月 日

本人（夫）

印 診察券番号（ ）

配偶者（妻）親族

印

（本人が死亡した時は、配偶者もしくは親族の署名が必要です）

住所 〒 _____

電話 _____

以下を切り取り、封筒の表書きに利用してください。

.....

〒631-0001

奈良市北登美ヶ丘3丁目3-17

ASKA レディースクリニック 受付宛