

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。

西暦 年 月 日

診察券番号（ ）

本人（夫）氏名 印

本人死去の場合

親族もしくは配偶者氏名 印

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