

年 凍結胚廃棄申請書

知多半島りんくう病院 院長殿

知多半島りんくう病院に預けている凍結胚について、保存依頼を撤回し、すべて廃棄することを求めます。

この依頼書を提出後に凍結胚が廃棄されたことについての異議は一切申しません。

申請年月日	年 月 日	
現住所	(〒 -)	
	※住所変更があった場合は提出時に必ずお申し出ください。	
電話番号	(携帯)	(自宅)
診察券番号(妻)		
氏名(夫)	印	
氏名(妻)	印	

※必ずご本人が直筆で署名・捺印していただきますようお願いいたします。ご本人以外の方が本人の承諾なく署名・捺印すると有印私文書偽造罪が成立することがありますのでご注意ください。

当院記入欄 延長料金確認(済 ・ 未)