

凍結保存破棄 申請書

両角レディースクリニック

院長 両角和人 殿

両角レディースクリニックにて保存している凍結胚等の破棄を申し込みます。

保存期限 年 月 日 の (胚・精子・卵子) (本)

保存期限 年 月 日 の (胚・精子・卵子) (本)

保存期限 年 月 日 の SEET Medium (本)

記入日 年 月 日

フリガナ：

本人の氏名：

(ID)

フリガナ：

パートナーの氏名：

(ID)

住所： 〒

電話番号：

※必ずご本人が直筆で署名をお願いします。

凍結胚の一部破棄の場合は破棄を希望する胚の評価をご記入ください。

〔凍結日 / / 〕 () cell G () / 胚盤胞 ()

〔凍結日 / / 〕 () cell G () / 胚盤胞 ()

〔凍結日 / / 〕 () cell G () / 胚盤胞 ()

〔凍結日 / / 〕 () cell G () / 胚盤胞 ()

〔凍結日 / / 〕 () cell G () / 胚盤胞 ()

※期限内に申請を行ってください。期限を過ぎますと1年分の更新料が発生します。

医 師

培養室

受 付

年凍結