

(ID :) (氏名 :)

胚・精子 廃棄依頼書

つかさクリニック堺東 院長 殿

私たち夫婦は、胚・精子の凍結保存期間の延長を希望しません。

(胚か精子にをしてください)

廃棄を希望します。

下線部分を記入してください。

記入日： 年 月 日

住所：

夫氏名： (直筆)

妻氏名： (直筆)

連絡がとれる電話番号：

本書類に記載頂いた情報に関しては個人情報保護法に従い慎重に管理し他の目的には使用しません。この申込書を提出後でも、廃棄前であればいつでも自由に同意を取り消すことができます。

施設責任者 つかさクリニック堺東 院長 久野 貴司

※ この用紙をプリント（白黒可）し下線部（黄色部分）を記入頂きましたらクリニックまで郵送してください

(住所) 590-0079 大阪府堺市堺区新町 5-10-5 階 つかさクリニック堺東