

凍結胚、精子の廃棄願

私達夫婦は、

____年 ____月 ____日に凍結された（胚・精子）を
____年 ____月 ____日でもって廃棄することに同意します。

____年 ____月 ____日

妻 診察券番号 _____

住所

（自署）氏名

印

夫

（自署）氏名

印

医療法人倅生会 身原病院

理事長 身原正哉