

凍結精子破棄同意書

医療法人小埜医院 つくば ART クリニック

理事長 小埜 理人 殿

私は、貴院に保存してある凍結精子を破棄することに同意いたします。

凍結日：20 年 月 日 ※要記入

20 年 月 日

住所 千

本人(男性) (自筆署名)

緊急連絡先 本人 携帯番号