

廃棄を希望された凍結未受精卵・胚・精子の取り扱いに関する依頼書

おち夢クリニック名古屋
院長 越知正憲 殿

私は（私たち夫婦は）、廃棄を希望した凍結未受精卵・胚・精子が研究や教育に提供されることなく、速やかに廃棄処理されることを希望します。
又、この依頼書を提出後に廃棄を希望した凍結未受精卵・胚・精子についての異議は一切申しません。

西暦 年 月 日

住所 _____

TEL _____

診察券番号 _____ 夫 署名(自署) _____

診察券番号 _____ 妻 署名(自署) _____

※未受精卵および精子を廃棄希望のかたは、ご本人の署名のみでかまいません。配偶者（パートナー）の署名は不要です。