

凍結精子保存延長同意書 sof 番号 026

いながきレディースクリニック 院長 稲垣 誠 殿

いながきレディースクリニックの定める凍結に関する規定に同意し、
現在保存されている凍結精子の保存延長を希望します。

凍結保存期間： 年 月 日 ～ 年 月 日
(ここは当院で記入致します)

年 月 日

本人 氏名 _____ ⑩ (本人署名捺印)
(ID) _____

住所 〒

電話番号 _____



凍結精子廃棄同意書

sof 番号 026

いながきレディースクリニック 院長 稲垣 誠 殿

いながきレディースクリニックの定める凍結に関する規定に同意し、
現在保存されている凍結精子を全て廃棄することを希望します。

年 月 日

本人 氏名 _____ (ID) _____ (印) (本人署名捺印)

住所 〒 _____

電話番号 _____

