

凍結精子廃棄依頼書

私は、石渡産婦人科病院の定める凍結に関する規定に同意し、石渡産婦人科病院に預けている凍結精子を全て廃棄することを望みます。

医療法人石渡会 石渡産婦人科病院 院長 殿

20 年 月 日

〒

住所： _____

本人（男性）氏名： _____ 印

親権者氏名： _____ 印

(本人が未成年者の場合)

配偶者氏名： _____

必ずご本人直筆で署名・捺印をし、提出して下さい。