

# 廃棄依頼書

医療法人財団足立病院長殿

凍結**胚**の保存継続を希望しません。

(凍結日            年        月        日) **必ずご記入ください**

凍結**卵子**の保存継続を希望しません。

(凍結日            年        月        日) **必ずご記入ください**

凍結**精子**の保存継続を希望しません。

(凍結日            年        月        日) **必ずご記入ください**

下記理由により廃棄を希望します。

年        月        日

理由： \_\_\_\_\_

カルテNo. \_\_\_\_\_ 本人氏名 (自署) \_\_\_\_\_

配偶者または家族 氏名 (自署) \_\_\_\_\_

宛名にお使いください

..... ✂ .....

〒604-0832

京都市中京区間之町通押小路上ル

鍵屋町 481

医療法人財団 足立病院

生殖医療センター 培養室 宛