

凍結精子廃棄に対する同意書

医療法人 小埜医院 理事長 小埜理人 殿

私たちは貴院で保存されている凍結精子をすべて廃棄することに同意いたします。

精子凍結日 年 月 日

廃棄同意日 年 月 日

住所 〒

患者 ID 患者署名 印

患者 ID 患者署名 印