

# 凍結精子廃棄同意書

医療法人昴会 岡本クリニック 御中

私は、凍結保存されている精子の廃棄を希望します。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

(本人)

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 (S・H \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日)

(電話番号: \_\_\_\_\_)