

# 凍結受精卵処分願い

凍結保存期間延長を希望しません。

処分を希望します。

20 年 月 日

住所 〒

氏名(本人)

印

氏名(夫, 事実婚の場合はパートナー)

印

—— 以下は Koba レディースクリニック側の記入する欄です。 ——

ID

ケース番号

OPU 日

本数

処分日