

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(妻) 印

氏名(夫) 印

Koba レディースクリニック記入欄

ID

OPU 日

ケース番号

本数

処分日