

凍結精子処分願い

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

※未成年者の場合は親族の方1名のご署名をお願いします。

氏名(親権者)

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

妻 ID

凍結日

妻カルテ処理 済

ケーン番号

本数

処分日