

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

ID :

※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

Koba レディースクリニック 記入欄

妻 ID

凍結日

ケース番号

本数

処分日

きりとり

郵送する場合、右記の宛先を切り取り、
封筒に貼ってご利用ください

〒670-0935

兵庫県姫路市北条町2丁目18

宮本ビル1F

Koba レディースクリニック 宛