

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

ID :

氏名(夫、事実婚の場合はパートナー) 印

Koba レディースクリニック記入欄

ケーン番号

本数

処分目

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

7670-0935

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