

様

精子凍結保存継続の同意書

精子凍結保存継続に関する説明を受けました。

____年 ____月 ____日凍結を行った精子の保存を

- ____年 ____月 ____日まで延長することを希望しこれに同意します。
- 精子凍結保存の継続を希望しません。
このため施設において精子を廃棄することをあわせて同意します。

(いずれかに  印をおねがいします。)

石松ウイメンズクリニック

石松正也 殿

____年 ____月 ____日

住所 _____

氏名 _____ 印 (自署)