

## 胚 凍結保存廃棄 依頼書

リプロダクションクリニック 理事長 石川 智基

「リプロダクションクリニック大阪」に凍結保存している、下記の胚の凍結保存の廃棄を希望いたします。

**患者記入欄** 「胚 凍結保存廃棄」を  依頼します

廃棄する胚を、①②いずれかの欄にご記入ください。

①初回凍結日（西暦 年 月 日）のもの全て  
（通常はこちらにご記入ください）

②No. ( )

（PGT-A 胚を個別に廃棄する場合などは、こちらにご記入ください）

（この場合は同一期限の他の胚があれば保管継続されますので、

更新期限を迎えさらに保管継続する場合は更新料が発生いたします）

夫 ID 夫署名（直筆） 同意日：西暦

妻 ID 妻署名（直筆） 同意日：西暦

**住所** ※住所の変更があった場合はクリニックへお電話いただくか、[contact@reposaka.jp](mailto:contact@reposaka.jp) にご連絡ください。

〒

必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

ご本人以外の方が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。

フリクション等、改変可能なペンでの記載は受理いたしません（書き直していただきます）。