

廃棄同意書（精子）

ART クリニックみらい
院長 村田 泰隆 殿

私たち夫婦は、貴院における治療のため、凍結精子の管理・保管を依頼して
いました。この度、夫婦の同意のもと凍結精子の廃棄を希望し、貴院に凍結精
子の廃棄を依頼致します。本同意書の提出後に、凍結精子の廃棄手続きについ
て一切の異議、申し立ては致しません。

同意年月日 西暦 年 月 日

住所 〒 _____ 電話番号 _____

妻 診察券番号 _____ 氏名 _____ 印

夫 診察券番号 _____ 氏名 _____ 印

説明者

村田 泰隆