

凍結精子廃棄申込書・同意書

凍結精子を廃棄することを希望し、処分権を金山生殖医療クリニックに移管することに同意致します。

金山生殖医療クリニック 院長 金山昌代 殿

*連絡をさせて頂く場合がございますので予めご了承下さい

(同意日) 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(ID) _____

ご本人氏名(自署) : _____ 生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所: 〒 _____

※署名について

必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

ご本人でない方が、本人であるとして代署しますと私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。

その他、民事上不法行為として損害賠償を請求されることがあります。

(クリニック使用欄)

凍結日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
タンク : 精子 _____ - _____ - _____