凍結保存破棄　依頼書

北里大学北里研究所病院
病院長　殿

北里大学北里研究所病院に保存している凍結胚・凍結精子を破棄することに同意いたします。

■破棄内容

胚　・　精子	すべて　・　一部

該当項目を〇で囲ってください

■破棄内容で「一部」を選ばれた方のみ記入をお願いいたします。

●凍結実施日（例）　2018年　1月　1日	胚 胚盤胞（3BC）	精子 本
●凍結実施日（例）　2018年　1月　1日	胚	精子 1　本
●凍結実施日　年　月　日	胚	精子 本
●凍結実施日　年　月　日	胚	精子 本
●凍結実施日　年　月　日	胚	精子 本
●凍結実施日　年　月　日	胚	精子 本

計　　個

年　　月　　日

住所	
妻（自署）	ID（　　）
夫（自署）	ID（　　）
連絡先　名前	電話番号

妻・夫のいずれも署名が必要です。署名なき場合は無効となります。