凍結精子の廃棄依頼書

幸の鳥レディスクリニック院長　　さヽ山高宏　殿

私は、幸の鳥レディスクリニックで（凍結日（起点日）：西暦　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日）に凍結保存された精子を全て廃棄することを希望いたします。

同意年月日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

診察券番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（奥様の診察券番号も可）

ご本人（夫）　氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親権者　氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　　　　　）

住所（本人の欄と違う場合のみご記入ください）

〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名について：必ずご本人が自筆で署名をお願いいたします。

ご本人以外の方が本人の了承なく署名すると有印私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。

〇ご本人の自署を記入することが困難な場合は、下記から理由を選択してください。

☐死亡　　☐その他（理由：　　　　　　　　　　　　　）

記入者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　　　　　）

連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※場合によっては本人との関係性が分かるもの（戸籍謄本等）を提出していただくことがございます。

〇期限日前に廃棄を希望される方は理由をご記入ください。

☐不要　　☐離婚または事実婚の解消　　☐その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　）