

凍結受精卵の廃棄依頼書

幸の鳥レディースクリニック院長 ささ山高宏 殿

私たちは、幸の鳥レディースクリニックで（凍結日（起点日）：西暦 年 月 日）に凍結保存された受精卵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： _____

ご本人（妻） 氏名（自署）： _____

住所 〒 _____

連絡先： _____

パートナー（夫） 氏名（自署）： _____

住所（ご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：必ずそれぞれ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。

○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 ☐離婚や事実婚の解消 ☐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あります。

○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： _____）