

# 凍結精子処分願い

凍結保存期間延長を希望しません。

処分を希望します。

20 年 月 日

住所 〒

氏名(本人)

印

※未成年者の場合は親族の方1名のご署名をお願いします。

氏名(親権者)

印

Koba レディースクリニック記入欄

ID

妻カルテ処理 済

妻 ID

ケース番号

凍結日

本数

処分日

きりとり

郵送する場合、右記の宛先を切り取り、  
封筒に貼ってご利用ください

〒670-0935

兵庫県姫路市北条町2丁目18

宮本ビル1F

Koba レディースクリニック 宛