

凍結受精卵処分願い

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

氏名(夫, 事実婚の場合はパートナー)

印

Koba レディースクリニック 記入欄

OPU

ケース番号

ID

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