

凍結精子 保存延長願い

ウィメンズクリニック系数 殿

私たち夫婦は（凍結を行った日付） _____ ID: _____ に凍結した精子の
保存期限 _____ を
延長期限 _____ （保存延長を行ってから1年経過した日付）まで
1年間延長するよう依頼します。
また、その保存費用として11,000円（税込み）を支払います。

年 月 日

住所 〒

男性氏名/診察券番号（自署）：

_____/ TEL: _____ 生年月日 _____

女性氏名/診察券番号（自署）：

_____/ TEL: _____ 生年月日 _____

~~~~~ 当院記載欄 ~~~~~

延長受理日

振込確認日

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 凍結精子 破棄願い

ウィメンズクリニック系数 殿

私たち夫婦は（凍結を行った日付） \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ に凍結し、  
保存している精子の破棄を依頼します。

年 月 日

住所 〒

男性氏名/診察券番号（自署）：

\_\_\_\_\_/ TEL: \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

女性氏名/診察券番号（自署）：

\_\_\_\_\_/ TEL: \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

~~~~~ 当院記載欄 ~~~~~

破棄願い受理日
