

# 凍結胚・卵子の廃棄処分申請書

中林レディースクリニック  
院長 中林幸士 殿

私達夫婦は、中林レディースクリニックにて（凍結日※：20 年 月 日）  
に凍結保存された胚・卵子に関して、廃棄処分することを希望し、ここに依頼します。

※2024年7月以降に凍結された方は、培養結果報告書に記載してある凍結日をご記入ください。

2024年6月以前に凍結された方で、凍結日が分からない方は空欄でお持ちください。

20 年 月 日

住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

本人（妻）

診察券番号

\_\_\_\_\_

氏名（自署）

\_\_\_\_\_

配偶者（夫）

氏名（自署）

\_\_\_\_\_