

凍結胚 保存延長願い

ウイメンズクリニック糸数院長殿

私たち夫婦は _____ (凍結を行った日付) に凍結した胚の
保存期限 _____ (凍結を行ってから1年経過した日付) 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22,000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 _____

女性氏名/診察券番号(自署):

_____ TEL _____

ウイメンズクリニック糸数

〒901-0305 沖縄県那覇市泊1-29-12

TEL 098-869-8395

凍結胚 破棄願い

ウイメンズクリニック糸数院長殿

私たち夫婦は _____ (凍結を行った日付) に凍結し、保存している胚の破棄を依頼
します。

年 月 日

住所 〒

男性氏名/診察券番号(自署):

_____ TEL _____

女性氏名/診察券番号(自署):

_____ TEL _____

ウイメンズクリニック糸数

〒901-0305 沖縄県那覇市泊1-29-12

TEL 098-869-8395