

## 凍結保存精子の破棄に関する同意書

日本医科大学付属病院  
院長殿

20\_\_年\_\_月\_\_日に凍結保存した精子の破棄をお願いいたします。

20 年 月 日

住所：\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

説明医師（女性診療科・産科） \_\_\_\_\_ 印

## 凍結保存精子の破棄に関する同意書

日本医科大学付属病院  
院長殿

20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日に凍結保存した精子の破棄をお願いいたします。

20 年 月 日

住所： \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

説明医師（女性診療科・産科） \_\_\_\_\_ 印