

院長	受付①	受付②	培養①	培養②

凍結精子の更新/廃棄依頼書

A R T女性クリニック院長 小山伸夫 殿

私は、精子を凍結（または保存期間の延長更新）し、1年が経過しました。

この度、凍結精子の凍結保存期間の 更新・廃棄・一部更新 を依頼いたします。
(いずれかに○をして下さい。)

年 月 日に凍結保存した 本の凍結精子を
本更新いたします。

(記入日) 年 月 日

患者様住所：

本人 ID 氏名 印（自署の場合は押印不要）

配偶者 ID 氏名 印（自署の場合は押印不要）

*本人が未成年の場合

(本人との続柄：) 親権者 氏名 印（自署の場合は押印不要）

郵送による更新を希望します

この度、窓口での更新手続きを行わず、郵送による更新を行う為、貴院からの更新代金・振込先をメールで受信する際、以下のメールアドレスへの送信を望みます。
