

## 凍結精子廃棄に関する同意書

峯レディースクリニック 院長 峯 克也 殿

年 月 日に凍結した精子の廃棄をお願いいたします。

年 月 日

住所： \_\_\_\_\_

本人 署名 \_\_\_\_\_

説明医師 \_\_\_\_\_ 印