

# 精子凍結保存 継続・終了依頼書 (未婚の方)

久保みずきレディースクリニック  
菅原記念診療所  
理事長 久保寛倫 殿

(チェックを入れてください。)

私は、精子の凍結保存を1年間継続することを依頼します。

私は、精子の凍結保存の終了を依頼します。

申請年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※必ずご本人が署名し、捺印をお願いします。

ご意見 \_\_\_\_\_

ご本人以外で連絡のとれる連絡先 (未成年の場合は父あるいは母)

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄: \_\_\_\_\_)

継続される場合、次回の更新は、更新満期日より1年後となります。

文書連絡が必要になった場合、上記住所にクリニック名で郵送してもよろしいですか。

( はい ・ いいえ )

\*\*\*\*\*

当院記入欄

ID ( \_\_\_\_\_ ) 延長料金確認 ( 済 ・ 未 )