

# 凍結保存卵巣の凍結保存の中止および処分依頼書

聖隷三方原病院長 殿

現在貴院において凍結保存中の卵巣について、凍結保存の中止を希望します。  
つきましては、すみやかに凍結卵巣を処分されますよう依頼します。

平成 年 月 日

現住所 \_\_\_\_\_

本人の氏名 \_\_\_\_\_ 印

親権者の氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(未成年者の場合)

説明医師名 \_\_\_\_\_ 印