

胚凍結保存継続願い

医療法人 ほりたレディースクリニック院長殿

医療法人ほりたレディースクリニックに預けている、すべての凍結胚を継続保存することを望みます。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 (夫) _____ 印

(妻) _____ 印