

X Y 精子選別法（密度勾配遠心法）中止依頼書

現在 X Y 精子選別法による治療をされている患者様で、今後は X Y 精子選別を行わない治療をご希望の場合に以下をご記入の上受付にご提出下さい。なお、本書提出後に X Y 精子選別法の再開を希望の際には初期検査からの実施が必要となります。

院長 原利夫殿

私達は X Y 精子選別法による治療の中止を希望します。

妻氏名（直筆）	夫氏名（直筆）
診察券番号	
中止依頼日	
年 月 日	

受領者	受領日

記入後、ご提出前にコピーを取り、控えとして保管して下さい。
本書は受付にご提出下さい。