证 明

浙江省人类精子库：

兹有 （身份证号： ）和 （身份证号： ）夫妇在本生殖中心就诊，拟于 年 月行辅助生殖技术，需使用 （丈夫姓名）冻存于浙江省人类精子库的精液，特此证明。

 生殖中心（盖章）

 年 月 日