

## 卵子(未受精卵) 廃棄同意書

※「卵子(未受精卵)保管継続兼廃棄同意書」をご提出済みの方はこちらの同意書を提出いただく必要はありません

またARTクリニック 院長 丸田 英殿

私は、貴院における治療のため、凍結卵子(未受精卵)の管理・保管を依頼していました。この度、貴院より凍結卵子(未受精卵)の保管に関する連絡をいただきましたが、凍結卵子(未受精卵)の廃棄を希望し、貴院に凍結卵子(未受精卵)の廃棄手続きを依頼いたします。「受精卵・卵子・精子の凍結保存規定」を確認した上で、本同意書の提出後に凍結卵子(未受精卵)の廃棄について一切の異議を申し立てません。

記入前に以下の注意事項を必ずお読みください

※必ずご本人の自筆で記載をお願いいたします

※ご本人以外がご署名された場合、私文書偽造として刑事罰を受けることがあります

※同意内容の記載に不備がある（ご本人と確認できない）場合は再記入をご依頼します

※期限を過ぎてから検体が残っているかの問い合わせには一切お答えできません。

枠内の四角・黄色部分をすべてご記入ください。

同意年月日 2024 年 10 月 1 日

ご住所 〒 464 - 0841

チェックボックスは必ずどちらかにチェックをいれて下さい

愛知県名古屋市千種区覚王山通8-70-1池下ESビル2F・3F

住所変更の有無



(カルテの登録住所を変更します)

(変更がない場合も「ご住所」は必ずご記入ください)

ご署名 ご本人

また 花子

(自筆)

診察券番号

0000000001

(分からない方は生年月日を記載)

電話番号

090-XXXX-XXX1

同意書の提出前にコピーをとっていただき必ずご自身で保管をお願いいたします

クリニック 使用欄	同意書到着日	凍結台帳変更		FM変更		住所変更	
		廃棄手続き 実施欄	院長		廃棄者		確認者