

精子 保管継続 兼 廃棄同意書（自費）

またARTクリニック 院長 丸田 英 殿

私たち夫婦は、貴院における治療のため、凍結精子の管理・保管を依頼していました。「受精卵・卵子・精子の凍結保存規定」を確認して夫婦の同意のもと治療継続を目的とし保管期間を1年間延長することに同意します。

ただし以下の場合、私たち夫婦は凍結保存している精子を廃棄されることに同意します。また廃棄されることに一切の異議を申し立てません。

- 凍結保管期限を過ぎても「精子保管継続兼廃棄同意書」の提出がなく、凍結保管料の支払いがない場合
- パートナー(女性の方)が生殖年齢を超えた場合
- 災害や不慮の事故により凍結保存されていた精子が使用できなくなった場合

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、配偶者の自筆で記載をお願いいたします(同筆の場合は受理できません)

※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

※原則として期限を過ぎてからの更新手続きは出来ません、また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。更新を希望される場合は必ず期限内にお手続きください。

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		年		月		日		
現在の 保管期限		年		月		日		
1年延長後の 保管期限		年		月		日		
						を確認しました		
保管料お支払	<input type="checkbox"/>	クリニックの受付窓口						
	<input type="checkbox"/>	お振込(振込日)		年		月		日
ご住所 〒		-						
住所変更の有無	<input type="checkbox"/>	有	(カルテの登録住所を変更します)					
	<input type="checkbox"/>	無	(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 (夫)							(自筆)
	診察券番号							(分からない方は生年月日を記載)
	電話番号							
	配偶者 (妻)							(自筆)
	診察券番号							(分からない方は生年月日を記載)
	電話番号							

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	保管料確認	FM変更	住所変更