

精子 廃棄同意書

※「精子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。この度、貴院より凍結精子の保管に関する連絡をいただきましたが、夫婦の同意のもと凍結精子の廃棄を希望し、貴院に凍結精子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精子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、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

※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 年 月 日

ご住所 〒

住所変更の有無

有

(カルテの登録住所を変更します)

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

※死別など夫の署名ができない場合はこちらに理由を記載してください

(理由)

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