

凍結検体 廃棄同意書

ロイヤルベルクリニック不妊センター センター長 小栗 久典 殿

私たち夫婦は、貴院に管理・保管を依頼しておりました凍結検体について、廃棄を希望いたします。本同意書の提出後、凍結検体を貴院が廃棄したことについて一切の異議、申し立てはいたしません。

下部の注意事項をよく読み、枠内をすべてご記入ください。

- * ①同意年月日、②廃棄をご希望される検体への✓、の2点を必ずご記入ください。
- * 必ずご本人、配偶者の自筆でお願いいたします(同筆の場合は受理できません)。
- * ご本人または配偶者の自筆の署名ができない場合(離婚や死亡の場合に限る)、該当する署名欄にその理由を明記してください。
- * 捺印がない場合は受理できません。
- * 同意内容の記載に不備がある場合は再記入をご依頼させていただくこととなります。

① 同意年月日 20 年 月 日

② 廃棄をする検体に✓を入れてください。

凍結卵子・凍結受精卵・凍結胚培養液

凍結精子

ご住所 〒 _____

この1年間で住所が 変わりました(カルテの登録住所を変更します)

変更ありません

電話番号 _____

ご署名 凍結卵子・受精卵・胚培養液のお手続きでは「妻」をご本人としてください。

凍結精子のお手続きでは「夫」をご本人としてください。

ご本人(妻 夫) 自筆 _____

印

診察券番号 _____ (分からない方は生年月日を西暦で記載)

配偶者(妻 夫) 自筆 _____

印

診察券番号 _____ (分からない方は生年月日を西暦で記載)