

## 凍結精子廃棄同意書

よしだレディースクリニック内科・小児科院長 殿

私達は貴院にて凍結保存されている全ての精子  
(初回凍結日 西暦 年 月 日) について、廃棄を希望します。

廃棄理由は以下の☑の通りです (いずれか1つに☑してください)

- 上記の凍結精子を用いた治療の意思がないため  
 離婚し、凍結精子の継続保存を希望しないため ※1  
 本人が死亡したため ※2

同意年月日：西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ご本人 (夫)

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ (自署)

電話番号：\_\_\_\_\_

ご親族 (既婚の方は妻)

(ご本人との関係)

氏名：\_\_\_\_\_ (自署) \_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

※1 ご本人 (夫) の署名と戸籍謄本

※2 ご親族の方の署名とご本人の死亡診断書または戸籍謄本 が必要となります。

※1・※2に該当される方は、ご提出の前に一度当院までご連絡ください。

上記以外で、ご本人欄・ご親族欄両方の自署が困難な場合、当院までご連絡ください。

\*提出して頂いた後、患者様控えとしてコピーをお渡ししますので大切に保管してください。

同意書控えお渡し者 ( / / : )