凍結保存精子廃棄同意書

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

(凍結日 西暦 年 月 日)

(凍結日 西暦 年 月 日)

(凍結日 西暦 年 月 日) について、廃棄を希望します。

※凍結保存精子廃棄同意書の撤回はできません。

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

住所： _____

氏名： _____ (自署) (診察券番号： _____)

電話番号： _____

ご親族 (パートナー) _____ (ご本人との関係)

氏名： _____ (自署) _____

電話番号： _____

※1 ご本人の署名と戸籍謄本

※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 (_____ / _____ / _____ : _____)