

凍結胚・卵子・精子廃棄処分の同意書

長谷川レディースクリニック淵野辺ソフィア院長 殿

私（私たち夫婦）は貴院に凍結保存されている胚・卵子・精子の廃棄処分に同意します。廃棄による損害など一切求めないことを約束いたします。また、廃棄を希望した胚・卵子・精子は、今後の医学発展のために、医学研究および培養技術修練などに使用される場合があることを理解・納得しています。

記載日： 年 月 日

妻：診察券番号 _____ 氏名（自署）： _____

住所（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

電話（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

夫：診察券番号 _____ 氏名（自署）： _____

住所（同上でも可）： _____

電話（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

スタッフ記入欄

《廃棄処分を希望する胚・卵子》

保存期限日 年 月 日

胚（卵子）No. _____ グレード _____

胚（卵子）No. _____ グレード _____

胚（卵子）No. _____ グレード _____

胚（卵子）No. _____ グレード _____

胚（卵子）No. _____ グレード _____

《廃棄処分を希望する精子》

保存期限日 年 月 日

_____ 本

* 卵子および精子廃棄希望の場合は本人のみの署名をお願いいたします。

* 当院では胚・卵子・精子を用いた遺伝子操作などの研究は一切行いません。