

凍結受精卵(胚)・精子保存中止申請・同意書

私たち夫婦は、現在凍結保存中の、20____年____月____日が保存期限となっている凍結受精卵(胚)・精子に関し、以下の申請を致します。

凍結【 胚 ・ 精子 】を全て保存中止(破棄)することに同意します。

※胚・精子いずれかに必ず○印をご記入ください

うすだレディースクリニック

院長 臼田 三郎 殿

夫婦ともに上記について同意致しましたので、下記の如く署名します。

【署名日】____年____月____日

本人(妻) 【診察券番号】_____

【氏名】_____ (自筆) (印)

【住所】_____

【Eメール】_____

配偶者(夫)

【氏名】_____ (自筆) (印)

【住所】_____ (同上でも可)

※署名について

必ずご本人がそれぞれ自筆で署名をお願い致します。

ご本人以外が本人の了承なく署名すると有印私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。

※患者様の大切な胚・精子の保存中止手続きです。記入後に再度確認をお願い致します。