凍結胚･卵子･精子保存中止同意書

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胚･卵子･精子に関し、以下の申請を致します。

凍結【　胚　・　卵子　・　精子　】を全て保存中止(破棄)することに同意します。

※胚･卵子･精子いずれかに必ず〇印をご記入ください
※保存しているのが分割期の卵または胚盤胞の場合は「胚」をお選びください
※卵子凍結の場合のみ、配偶者の欄の記入は不要です

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)　㊞

【住所】

【E メール】

配偶者(夫)

【氏名】　　(自筆)　㊞

【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･卵子･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。

USUDA LADIES CLINIC