

精子凍結保存 破棄依頼同意書

IVF クリニックひろしま

院長 滝口 修司 殿

私は「IVF クリニックひろしま」に凍結保存している、下記の精子（精巣組織）を、すべて破棄することに同意いたします。その後の処分は貴院に一任します。

対象となる凍結精子（精巣組織）

（患者記入欄）※同一ケースに複数日分の凍結検体がある場合は、全凍結実施日を記載してください。

凍結実施日 20 年 月 日 / 凍結ケース 番

凍結実施日 20 年 月 日 / 凍結ケース 同上

（以下患者記入欄）

同意日 20 年 月 日

住所 〒

凍結精子所有者本人 署名 _____ (ID: _____)

配偶者（親権者） 署名 _____ (ID: _____)

※必ずご本人が直筆で署名してください。

ご本人以外が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。



IVFクリニックひろしま