

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し、これを一任します。

対象となる凍結精子（精巣組織）

（患者記入欄）※同一ケーシング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 / 凍結ケーシング 番

凍結実施日 20 年 月 日 / 凍結ケーシング 同上

【破棄方法の選択事項】（患者記入欄）

（必ずどちらかに○してください。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。○がない場合には方法の選択権は当院に属することとします。）

直ちに破棄します

研究に使用後破棄します

※研究とは培養医療技術発展を目的とし、生命には結びつかない段階での研究

（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。

ご本人の自署が困難な場合は、下記から理由を選択してください。

死亡 行方不明 意思表示不可能 ※左記以外の場合は、当院にご連絡ください。

記入者： _____ (本人との続柄： _____) 電話番号： _____

自署がない場合や記入漏れがある場合は、書類を受理できません。記入漏れにご注意ください。

ご記入事項を訂正される場合は、必ず訂正印を押してください。