

# 胚凍結保存 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胚を、すべて破棄することに同意し、これを一任します。

《対象》

(患者記入欄)

採卵日 20 年 月 日に生じた凍結胚

【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 〒

妻 署名 \_\_\_\_\_ (ID: \_\_\_\_\_)

夫 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。

※婚姻関係を解消され、お二人の自署が不可能な場合は、お一人の自署をご記入の上、婚姻関係解消の証明として戸籍全部事項証明書のコピーと一緒に郵送してください。

