

凍結物 廃棄申請・同意書

患者様の大切な凍結物の廃棄手続きです。
お手数ですが、以下に記入後に再度確認をお願い致します。

※ 以下の 受精卵・卵子・精子の いずれか一箇所に 実線で囲って 下さい。

私たちは 保存している 受精卵 卵子 精子 の廃棄を希望します。

※ 以下の該当する項目のいずれか一箇所に チェック してください。

上記にて指定した凍結物の 全ての 廃棄を希望します。

上記にて指定した凍結物の 一部の 廃棄を希望します。

→★一部の凍結物の廃棄については、来院にてのご相談が必要です★

PGT-Aの結果が異常な受精卵 の廃棄を希望します。

医療法人社団 雙葉会 はなおか IVF クリニック品川

院長 花岡 嘉奈子 殿

夫婦ともに上記について十分に理解し納得致しましたので、
凍結物の廃棄について下記の如く同意します。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人（妻） 診察券番号 _____ 氏名： _____ （自筆）

住所：〒 _____

配偶者（夫） 診察券番号 _____ 氏名： _____ （自筆）

住所：〒 _____ （同上でも可）

署名について：必ずそれぞれご本人が自筆で署名をお願い致します。

ご本人以外の方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うけることがあります