

凍結 未受精卵子・精子の破棄 同意書

医療法人 越田クリニック 理事長 山田成利 殿

私は、以下の理由で凍結未受精卵子・精子を破棄することに同意し、貴院に依頼いたします。一旦破棄した細胞を元の状態に戻すことは不可能であることは理解しています。破棄方法は貴院の方法（細胞の死滅確認の後、物理的に破棄する）に一任します。

破棄理由（該当するものに必ずチェックしてください）

自由意志のもと

本人が死亡した場合

その他（ ）

破棄を希望する細胞

年 月 日 に凍結保存した未受精卵子・精子

年 月 日 に凍結保存した未受精卵子・精子

年 月 日 に凍結保存した未受精卵子・精子

記入日 _____年 _____月 _____日

住所 _____

カルテ番号 _____

本人署名 _____