

## 凍結精子 破棄 同意書

ときわ台レディースクリニック 院長 殿

貴院にて凍結保存されている精子(凍結保存日 20 年    月    日)の、  
破棄に同意いたします。

同意年月日 20 年 月 日

本人(夫) 診察券番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

配偶者(妻) 診察券番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

住所等変更があった際は☑を入れてください

- ※ 患者様の大切な保存物の廃棄手続きです。お手数ですがご記入後に再度確認をお願いいたします。
- ※ 署名・捺印について … 必ずそれぞれご本人が直筆で署名し、ご自身の手により捺印をお願いいたします。
- ※ 破棄申請をすると、申請があった時点で破棄対象となり、凍結期限前でも破棄されることがあります。凍結期限日まで保存を希望する場合は、期限直前に申請をお願いいたします。