

廃棄同意書

廃棄

田中レディースクリニック渋谷 院長 田中 慧 殿

西暦 年 月 日 期限の

凍結胚 凍結精子 (該当するものに✓をお願いいたします。)

について 廃棄を希望 いたします。

同意される場合は✓をお願いいたします。

生殖医学の発展ならびに不妊症の診断・治療の進歩に貢献する基礎的研究に、
今回廃棄を希望した胚・精子を提供することに同意します。

※ 研究に供する期間は融解後7日以内とし、クローンやES細胞への培養は致しません。

※ ✓がない場合は同意がないものとみなし、通常の手続きにより廃棄させていただきます。

※ お手続きにはお二人のご署名が必要となります。必ずご本人が直筆で署名し、捺印をお願いいたします

同意年月日：西暦 年 月 日

〒

ご夫婦の住所 _____

妻の診察券番号 _____ 夫の診察券番号 _____

妻の氏名 _____ 印 夫の氏名 _____ 印
(必ず自署による署名が必要です。)

生年月日 西暦 年 月 日 生年月日 西暦 年 月 日

電話番号 _____ 電話番号 _____