

# 凍結卵子・受精卵廃棄同意書

ファティリティクリニック東京

院長 小田原 圭 殿

説明日 西暦 年 月 日 担当者

ご承諾頂けましたら項目の口欄に☑とご記入下さい。

- ☐ 私ども夫婦は貴院に凍結保存してある下記の受精卵又は卵子について、これを廃棄することに同意します。
- ☐ 本同意書(ご夫婦の署名がお揃いになったもの)を提出した時点を以って廃棄承諾となることに同意します。ただし、署名がお揃いでない場合でも凍結保存期限満了に伴い廃棄となります。
- ☐ 生殖医学発展のため、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、受精卵および卵子を提供することに同意しますか？( YES ・ NO )  
(研究に供する期間は解凍後 7 日以内とし、クローン、ES 細胞への培養はいたしません)

top

凍結日: 年 月 日 凍結分 No.( ) ( )

凍結日: 年 月 日 凍結分 No.( ) ( )

凍結日: 年 月 日 凍結分 No.( ) ( )

同意年月日 西暦 年 月 日

ID No. \_\_\_\_\_

夫氏名(自筆) \_\_\_\_\_

妻氏名(自筆) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_