

## 凍結卵子破棄同意書

愛育レディースクリニック院長殿

私たちは、現在貴院にて凍結保存してある以下の卵子について、すべて破棄することに同意します。

同意年月日 西暦 年 月 日

凍結日または移管日

年 月 日の凍結卵子 \*1

破棄理由は以下の☑の通りです（患者様はいずれか1つに☑を入れてください）

 上記の凍結卵子を用いた治療の意思がないため \*2 卵子凍結者本人が死亡したため \*3

〒

住所 \_\_\_\_\_

&lt;診察券番号: \_\_\_\_\_&gt;

卵子凍結者本人氏名（自署） \_\_\_\_\_

(Tel: \_\_\_\_\_)

夫氏名（自署） \_\_\_\_\_ 結婚している場合のみ記入

(Tel: \_\_\_\_\_)

\*1 破棄同意書のご提出があった場合、その卵子が凍結期間満了日前であっても破棄いたします。

\*2 卵子凍結者本人のご署名（結婚している場合には、夫のご署名もお願いします）

\*3 夫のご署名と戸籍謄本（コピーでも可）

署名について：必ずそれぞれご本人が直筆で署名をお願いします。

ご自身以外の方が本人の了解なく署名すると、私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。

医療法人愛育会 愛育レディースクリニック

〒242-0006 神奈川県大和市南林間 2-13-3

TEL 046-277-3316