

凍結配偶子（精子）の破棄同意書

日浅レディースクリニックにて（西暦）____年 ____月 ____日に凍結した配偶子に関し、破棄することを希望します。

医療法人 日浅レディースクリニック
理事長 日浅 佳奈 殿

私は、凍結保存されている配偶子の破棄を希望します。貴院の所定の方法で破棄することに同意します。

下記の補足内容についても同意します。

申請年月日： _____年 ____月 ____日

住所： _____

電話番号： _____

夫（自署）： _____

診察券番号： _____

妻（自署）： _____

診察券番号： _____

（補足）

- ・凍結配偶子が複数あり、採取日が異なる場合は、それぞれに破棄手続きが必要です。
- ・連絡先が変更になった場合は、必ず当院までご連絡ください。
- ・卵子は45歳を超えた場合、配偶子は本人が死亡された場合は凍結中止となりますので、必ず当院までご連絡ください。

医療法人 日浅レディースクリニック
〒810-0041
福岡県福岡市中央区大名2丁目2-7
092-726-6105