

# 凍結胚の廃棄同意書

なかむらアートクリニック 院長殿

私は貴院にて凍結保存されている下記の「採卵日」と「凍結保存期限日」を共に満たす全ての凍結胚の廃棄を申請します。貴院の所定の方法で廃棄することに同意します。

1. 採卵日 20 年 月 日

2. 凍結保存期限日 20 年 月 日

同意年月日 年 月 日

住 所

夫(自署) 診察券番号

妻(自署) 診察券番号

下記の注意事項をお読みください。

- \* ご夫婦またはそのどちらか一方が凍結胚の廃棄を申し出た場合に廃棄すると定めています。その場合、本同意書による申請が必要です。
- \* ご署名は自筆でお願いいたします。もし署名が自筆でないと疑われる場合には、申請をお断りさせていただきます。
- \* 凍結胚を使用する可能性がない場合は、保存期限内であっても速やかに廃棄手続きをお願いいたします。
- \* 申請に基づき、採卵日が同一の凍結胚はすべて廃棄となります。採卵日が同一の凍結胚の一部のみを廃棄するという取り扱いはしていません。
- \* 「採卵日の異なる」凍結胚の廃棄を申請する場合は、採卵日毎に本同意書が1通ずつ必要です。採卵から胚凍結までを「1周期」と定めた場合、例えば、2周期分の凍結胚の廃棄を申請する場合は本同意書が2通必要です。
- \* 申請に必要な「採卵日」と「凍結保存期限日」は「凍結胚報告書」でご確認ください。

なかむらアートクリニック使用欄

◇ 同意書受取年月日 年 月 日

◇ 院長署名