

凍結保存中止の依頼書

凍結保存をした精子・精巣組織・受精卵・卵子を破棄するにあたり、保存中止を希望する検体の凍結開始基準日と種類を記載し、下の欄に署名後、郵送または受診にて提出していただきますようお願いいたします。

- * 『凍結開始基準日』は、凍結時にお渡しした同意書を参考にご記入下さい。
- * 凍結中止を希望する検体の凍結開始基準日が複数ある場合は、それぞれの『凍結開始基準日』および『凍結保存検体の種類』の記載をお願い致します。
- * 受精卵の保存中止をする場合は、ご夫婦お二人のご署名をお願い致します。
- * 精子・精巣組織の保存中止をする場合、ご主人様のご署名をお願い致します。
- * 卵子の保存中止をする場合、奥様のご署名をお願い致します。

後藤レディースクリニック 院長殿

	≪凍結開始基準日≫	≪凍結保存検体の種類≫
1.	年 月 日	卵子・受精卵・精子・精巣組織
2.	年 月 日	卵子・受精卵・精子・精巣組織
3.	年 月 日	卵子・受精卵・精子・精巣組織
4.	年 月 日	卵子・受精卵・精子・精巣組織
5.	年 月 日	卵子・受精卵・精子・精巣組織
6.	年 月 日	卵子・受精卵・精子・精巣組織

クリニック記入欄

上記の日付で行った凍結保存検体の保存中止を希望します。

妻/女性	署名日：西暦 20 年 月 日
	氏名(自署)： _____
	ID： _____ (生年月日： _____ 年 月 日)
夫/男性	署名日：西暦 20 年 月 日
	氏名(自署)： _____
	ID： _____ (生年月日 _____ 年 月 日)
【電話番号】 日中につながる番号の記入をお願いします。 _____ - _____	
【現住所】	
〒 _____	
【旧住所】 現住所がクリニックに登録している住所と違う場合はご記入ください。	
〒 _____	

受取

尚、上記の書類内に一部記載漏れや不備が生じた場合であっても、破棄の意向が確認できる場合は、破棄させて頂く場合もあります事をご了承下さい。