

持込精子同意書



あいだ希望クリニック

あいだ希望クリニック 院長 御中

私は、治療目的の施行日に貴クリニックに出向いて精子を採取することができません。
私の精子を妻が貴クリニックに持ち込みますので、この精子をわれわれ夫婦の治療に使用をお願いいたします。

年 月 日

住 所 _____

署 名 _____ 印 ※必ず直筆による署名が必要です

生年月日 _____ 年 月 日生

妻の氏名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生

*採取前、きちんと手を洗ってください。

*精子を持ち込みされる場合には、シールに以下①②③の3点を記入し、

容器の「ふた」「本体」の両方に貼って提出してください。

① 妻の姓名（漢字のある方は漢字で。） ②診察券番号 ③精子を採取した時間

*ご提出の際はご夫婦お二人分の写真付き身分証明書（原本）もご持参ください（コピー不可）。

*急激な温度変化により精子の状態が悪くなりますので、20～25度の室温程度を目安とし、それ以上にならないようご注意ください。

※無記名ではお取り扱いできません。シールを紛失の場合、容器に直接、油性マジックでご記入ください。