

凍結精子・凍結胚の使用同意書



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、われわれ夫婦の治療に、貴クリニックに凍結保存しております私の精子を融解し使用していただくことをお願いいたします。

私は、妻の治療当日に貴クリニックによる私の意志の確認をしていただくことが難しいため

_____年 _____月 _____日に凍結保存した精子を使用することを

私の使用中止の申しがない限り同意致します。

- 私は、妻の胚移植に、貴クリニックに凍結保存しております私の精子を使用し受精した胚を融解し使用していただくことをお願いいたします。

私は、妻の治療当日に貴院による私の意志の確認をしていただくことが難しいため

_____年 _____月 _____日に凍結保存した凍結胚を使用することを

私の使用中止の申し出がない限り同意致します。

_____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

【職員使用欄】

書類使用理由： 使用時、海外在住または赴任
 使用時、就業事由（出張等）
 その他（ _____ ）