

凍結物の破棄申請ならびに同意書

谷口眼科婦人科 理事長 谷口 亮 殿
院長 谷口 憲 殿

谷口眼科婦人科にて保存している以下の凍結物の破棄を申し込み、貴院の所定の方法にて破棄されることに同意します。

凍結日	西暦 年 月 日 と 日
凍結物	胚 ・ 卵子 ・ 精子

破棄手続きについて

- 凍結保存期間は凍結保存日から 1 年間です。以降も 1 年毎の更新となり、費用が新たに発生いたします。保存の「更新」を希望されない場合は、保存期間終了の 1 ヶ月前～前日までに、凍結物の破棄の手続きを行ってください。
- 保存期間終了後にご連絡のない場合は、更新の希望がないものと判断し、保存を中止いたします。
- 一度凍結の破棄を受領した場合は、すみやかに破棄を行います。同意を撤回することはできませんのでご注意ください。

記入日： 西暦 年 月 日

住所：

本人氏名(自署)： (携帯番号：)

配偶者氏名(自署)： (携帯番号：)

* 必ずご本人が直筆で署名をお願いします。

※医療機関記入欄

【受付】	【医師】	【培養室】
日付 ・ 確認者印	日付 ・ 確認者印	日付 ・ 確認者印