

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
凍結物	精子

破棄手続きについて

- 選定療養で精子凍結された方の保存期間は凍結保存日から1年間です。原則として凍結保存期間の延長はできません。保存期間終了の1ヵ月前～前日までに、凍結物の破棄の手続きを行ってください。
- 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