

精子凍結、廃棄に関する同意書

(医) 神奈川レディースクリニック 殿

私たちは貴院において以下の医療を受けるにあたり、その内容について同意致します。

- 私たちは、精子の凍結を行うことに同意致します。
- 本同意書の提出をもって治療することに同意致します。提出しない場合は、精子凍結保存をすることは出来ません。
- 凍結保存期間は凍結日より一年間とし、その後一年ごとの更新を致します。更新手続きがない場合は廃棄処分となることに同意致します。
- 天災、事故などにより保存ができなくなった場合、一切の異議申し立ては致しません。

※ 尚、凍結保存の延長を望まれない場合、精子を処分する前に、今後の医療の発展の為、個人が特定されない形で研究等に使用させて頂く事がございますので、ご了承ください。

凍結日：西暦 20 年 月 日

住所：〒 - -

電話番号： - -

夫氏名（自署）： _____ (印)

妻氏名（自署）： _____ (印)

記入日：西暦 20 年 月 日

〒221-0822 神奈川県横浜市神奈川区西神奈川 1-11-5 6F

医療法人社団 神奈川レディースクリニック 院長 小林 淳一