

同意書記入例

配偶子（未受精卵子・精子）・胚（受精卵）凍結保存に関する同意書

表参道 ART クリニック

院長 二村 典孝 殿

私たち夫婦は配偶子・胚の凍結保存更新に関する資料を示され、その必要性及び下記の内容の説明を受け、十分理解しました。

凍結保存更新または廃棄を希望する凍結物は以下の通りです。

凍結保存期間満了日

2023 年 6 月 30 日 3 個・本【凍結胚】/ 凍結卵子 / 凍結精子】

- 1年毎の更新が必要であること
- 凍結期間は原則5年間であること（精子は原則1年間）

下記の□に✓印を記入してください。

凍結更新

配偶子・胚の凍結保存更新を行うことに同意いたします。また、凍結更新は1年毎であることを了承しています。なお、私たちより次回凍結保存更新の連絡がない場合には、表参道 ART クリニックにて破棄することに同意いたします。

破棄

配偶子・胚の凍結保存更新を希望しません。よって、表参道 ART クリニックにて破棄処理することに同意いたします。

(差し支えなければ理由をお書きください：)

同意年月日（西暦） 2023 年 5 月 20 日

連絡先住所 〒 107-0061

東京都港区北青山 3-11-7 Ao ビル 11F

患者氏名（自筆）

広尾 花子



診察券番号

〇〇〇

電話番号（携帯番号）

03-6433-5461

配偶者氏名（自筆）

広尾 太郎



電話番号（携帯番号）

03-6433-5462

院内使用欄

院長	培養	医事