

(患者様控え) 郵送の方は郵送不要です  
来院の方はご持参ください

## 凍結卵子の廃棄同意書

愛育会 福田病院 病院長 殿

私は、貴院で卵子を凍結保存しました。

下記の事項において同意の下、凍結卵子について卵子の廃棄を依頼します。

また、廃棄同意書の提出後は撤回ができないことを了承しました。

\*いずれかの□にチェックをいれてください。

- 今回の廃棄卵子が今後の研究に使用されることに同意します。
  - 今回の廃棄卵子が今後の研究に使用されることに同意しません。
- (どちらを選択しても不利益を生じることはありません。)

本書の記入はすべて本人によるもので、凍結卵子の廃棄の内容は上記のとおり相違ありません。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 記入

患者番号： \_\_\_\_\_ (患者番号は、診察券に記載のある番号です)

現住所： \_\_\_\_\_

本人氏名 (自署)： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

保護者氏名 (未成年の場合) (自署)： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

(病院控え) 郵送の方は郵送ください  
来院の方はご持参ください

## 凍結卵子の廃棄同意書

愛育会 福田病院 病院長 殿

私は、貴院で卵子を凍結保存しました。

下記の事項において同意の下、凍結卵子について卵子の廃棄を依頼します。

また、廃棄同意書の提出後は撤回ができないことを了承しました。

\*いずれかの□にチェックをいれてください。

- 今回の廃棄卵子が今後の研究に使用されることに同意します。
  - 今回の廃棄卵子が今後の研究に使用されることに同意しません。
- (どちらを選択しても不利益を生じることはありません。)

本書の記入はすべて本人によるもので、凍結卵子の廃棄の内容は上記のとおり相違ありません。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 記入

患者番号：\_\_\_\_\_ (患者番号は、診察券に記載のある番号です)

現住所：\_\_\_\_\_

本人氏名 (自署)：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

保護者氏名 (未成年の場合) (自署)：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_