

(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

凍結精子の廃棄同意書

愛育会 福田病院 病院長 殿

私は、貴院で精子を凍結保存しました。

下記の事項において同意の下、凍結精子について精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。

- 今回の廃棄精子が今後の研究に使用されることに同意します。
 - 今回の廃棄精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、凍結精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

凍結精子の廃棄同意書

愛育会 福田病院 病院長 殿

私は、貴院で精子を凍結保存しました。

下記の事項において同意の下、凍結精子について精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。

- 今回の廃棄精子が今後の研究に使用されることに同意します。
 - 今回の廃棄精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、凍結精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：_____