

② 凍結保存（ 胚・精子・卵子 ）の移送 受諾書

絹谷産婦人科

院長 絹谷 正之 殿

絹谷産婦人科にて凍結保存している_____様の（ 胚・精子・卵子 ）を移送し、当院にて治療を行うことに同意いたします。

記

1. 凍結（ 胚・精子・卵子 ）は、_____病院での治療に使用します。貴院や、他医への再移送を行う場合は必ず貴院の了解を得て行います。
2. 凍結（ 胚・精子・卵子 ）の移送は、本人または配偶者、またはそれらが指定した業者のみが取扱い、移送時の責任は一切貴院の責任を問いません。
3. 移送後の、治療経過・妊娠の有無・妊娠した場合、おって貴院に連絡をします。
4. 事故・災害などによる保存（ 胚・精子・卵子 ）の損傷・変性などに対して、貴院の責任を問いません。
5. 提供者が廃棄を希望した場合や死亡した場合、凍結（ 胚・精子・卵子 ）は当院の責任において処分します。

年 月 日

病院名

住所

代表者氏名

印

140401 医説明

※大変お手数ですが、当院へ郵送していただきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。