

③ 凍結保存（ 胚・精子・卵子 ）の移送 受諾書

_____ 殿

貴院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、絹谷産婦人科（広島市中区本通 8-23-4F）での治療に使用します。再移送する場合は貴院に連絡し了解を得て行います。
2. 凍結の移送は、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状態の変性・損傷などに対して、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は当院の責任において処分します。

年 月 日

医療法人 絹谷産婦人科

住所 広島市中区本通 8-23-4F

電話番号 082-247-6399

代表者氏名

印