

凍結（精子・卵子）廃棄依頼および同意書

【未婚用】

絹谷産婦人科医院 院長 殿

我々は貴院に凍結保存中の（精子・卵子）を廃棄することを希望し、

貴院に（精子・卵子）の廃棄を依頼し、

貴院が（精子・卵子）を廃棄することに同意いたします。

記入日 年 月 日

【ご本人の署名と生年月日・住所・電話番号の記入をお願いいたします】

本人氏名 \_\_\_\_\_  
(生年月日 年 月 日)

本人が未成年の場合  
親権者氏名（自署） \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

診察券番号 \_\_\_\_\_  
(診察券番号がおわかりでしたらご記入お願いします)

\*保存期間の期限内であっても、この同意書を当院にて確認した時点で凍結物を廃棄させていただきます。