

凍結保存終了同意書〔精子〕

当院提出用

高橋ウイメンズクリニック 院長 殿

私たちは、貴院にて〔西暦 年 月 日〕に凍結している

※凍結日をご記入ください。

精子について保存終了することを希望します。

下記内容をご確認いただき、質問や再確認したいことがなければご署名ください。

1) 同意書の提出後に凍結検体は、速やかに保存終了すること。

2) 保存終了した検体の提供について

次の目的のため、皆様の貴重な検体を提供していただきますようご理解とご協力をお願いします。

1. 胚培養士の技術向上と習得のため

2. 生殖医学の進歩に貢献する研究のため

 提供します 提供しません

※レ点のご記入がない場合は、ご承諾いただいたと判断いたします。

施設責任者（説明者） 高橋 敬一

同意年月日： 20 年 月 日

* 下記住所、電話番号にご連絡する場合があります。

住 所：〒

電話番号：

ご本人氏名(自署)： 診察券番号()

パートナー氏名(自署)： 診察券番号()

* ご本人が未成年・未婚・病気治療のために凍結保存をした方は、以下をご記入ください。

親権者または代理人氏名（自署）： (本人との続柄：)

親権者または代理人の住 所：〒

親権者または代理人の電話番号：

凍結保存終了同意書〔精子〕

患者様控え

高橋ウイメンズクリニック 院長 殿

私たちは、貴院にて〔西暦 年 月 日〕に凍結している

※凍結日をご記入ください。

精子について保存終了することを希望します。

下記内容をご確認いただき、質問や再確認したいことがなければご署名ください。

1) 同意書の提出後に凍結検体は、速やかに保存終了すること。

2) 保存終了した検体の提供について

次の目的のため、皆様の貴重な検体を提供していただきますようご理解とご協力をお願いします。

1.胚培養士の技術向上と習得のため

2.生殖医学の進歩に貢献する研究のため

 提供します 提供しません

※レ点のご記入がない場合は、ご承諾いただいたと判断いたします。

施設責任者（説明者） 高橋 敬一

同意年月日： 20 年 月 日

*下記住所、電話番号にご連絡する場合があります。

住 所：〒

電話番号：

ご本人氏名(自署)： 診察券番号()

パートナー氏名(自署)： 診察券番号()

*ご本人が未成年・未婚・病気治療のために凍結保存をした方は、以下をご記入ください。

親権者または代理人氏名（自署）： (本人との続柄：)

親権者または代理人の住 所：〒

親権者または代理人の電話番号：

保存終了手続きのご案内

1) 同意書の記入

- ① 凍結日をご記入ください。
- ② 検体のご提供について、ご希望にレ点をご記入ください。
- ③ 同意年月日、住所、電話番号などをご記入いただき、お名前は必ず自署でお願いいたします。
- ④ ご本人が未成年、未婚、病気治療のために凍結保存した方は代理人の方もご記入ください。

| 記入見本 | 凍結保存終了同意書（精子） |
|------|---|
| ① | <p>高橋ウイメンズクリニック 院長 殿</p> <p>私たちは、貴院にて（西暦 2022 年 4 月 10 日）に凍結している <small>※凍結日をご記入ください。</small> 精子について保存終了を希望します。</p> |
| ② | <p>下記内容をご確認いただき、質問や再確認したいことがなければご署名ください。</p> <p>1) 同意書の提出後に凍結検体は、速やかに保存終了すること。</p> <p>2) 保存終了した検体の提供について</p> <p>次の目的のため、皆様の貴重な検体を提供していただきますようご理解とご協力をお願いします。</p> <p>1. 胚培養士の技術向上と習得のため 2. 生殖医学の進歩に貢献する研究のため</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 提供します <input type="checkbox"/> 提供しません</p> <p><small>※レ点のご記入がない場合は、ご承諾いただいたと判断いたします。</small></p> <p style="text-align: right;">施設責任者（説明者） 高橋 敬一</p> |
| ③ | <p>同意年月日： 2023 年 3 月 30 日 *下記住所、電話番号にご連絡する場合があります。</p> <p>住 所：〒260-0000 千葉市中央区～</p> <p>電話番号：043-248-8024</p> <p>ご本人氏名（自署）： 高橋 花子 診察券番号（12345）</p> <p>パートナー氏名（自署）： 高橋 太郎 診察券番号（12346）</p> |
| ④ | <p>*ご本人が未成年・未婚・病気治療のために凍結保存をした方は、以下をご記入ください。</p> <p>親権者または代理人氏名（自署）： 高橋 次郎 （本人との続柄： 父 ）</p> <p>親権者または代理人の住 所：〒260-0000 千葉市中央区～</p> <p>親権者または代理人の電話番号： 090-0000-0000</p> |

2) 同意書の提出

- ご来院される方は、当院提出用と患者様控えを両方お持ちください。
- ご郵送される方は、当院提出用をお送りください。