

## 凍結精子破棄同意書

愛育レディースクリニック院長殿

私（達）は、現在貴院にて凍結保存してある以下の精子について破棄することに同意します。

同意年月日 西暦 年 月 日

凍結日または移管日 年 月 日の凍結精子 \*1

破棄理由は以下の☑の通りです（患者様はいずれか1つに☑を入れてください）

 上記の凍結精子を用いた治療の意思がないため \*2 離婚し、凍結精子の継続保存を希望しないため \*3 夫が死亡したため \*4

〒

住所 \_\_\_\_\_

&lt;診察券番号（夫）： \_\_\_\_\_ &gt;

夫氏名（自署） \_\_\_\_\_

(Tel: \_\_\_\_\_ )

妻氏名（自署） \_\_\_\_\_

(Tel: \_\_\_\_\_ )

\*1 破棄同意書のご提出があった場合、その精子が凍結期間満了日前であっても破棄処分いたします。

\*2 夫と妻それぞれの署名

\*3 夫の署名と戸籍謄本（コピーでも可）の提出

・外国人の方で戸籍謄本への記載がない方は<離婚受理証明書>を提出してください。

・精子の所有権は夫に帰属します。延長を希望される方は当クリニックへご相談ください。

\*4 妻の署名と戸籍謄本（コピーでも可）の提出

\* 署名について：必ずそれぞれご本人が直筆で署名していただきますようお願いいたします。

ご自身以外の方が本人の了解なく署名すると、私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。

医療法人愛育会 愛育レディースクリニック

〒242-0006 神奈川県大和市南林間2-13-3

TEL 046-277-3316