

# 凍結胚廃棄同意書

医療法人珀晴会 ARTソレイユクリニック

理事長 村川 晴生 殿

凍結保存開始日： 年 月 日（凍結番号： ）

私たち夫婦は、貴院に保管されている上記の凍結胚の廃棄に同意します。  
また、凍結胚が廃棄された後に、いかなる理由が生じたとしても異議申し立てを行うことは致しません。

## 廃棄同意胚の取り扱いについて

1. 不妊治療の発展を目的とした研究に使用され、その後、廃棄されることに同意します。
2. 研究には使用せず、速やかな廃棄に同意します。

※必ずどちらかに○をしてください。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。

## 郵送による手続きの際には

当院からの郵便物に対し、差出人に病院名を表記することを（了承します・了承しません）。

※どちらかに○をお願いします。「了承しません」や○がない場合には、差出人は理事長名となります。

同意年月日： 年 月 日

郵便番号： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_（ ） 最も連絡のつきやすい番号をご記入ください

診察券番号： \_\_\_\_\_ 夫氏名（自署）

診察券番号： \_\_\_\_\_ 妻氏名（自署）

注1：記入漏れなど、書類に不備のある場合には再度、書類の提出をお願いする場合があります。

注2：提出していただいた後、患者さま控えとしてコピーをお渡ししますので、大切に保管してください。

注3：廃棄にあたっての費用は当院が負担し、患者様から徴収することはありません。

注4：胚の廃棄は、本同意書が受理されたのち、当院における管理基準に準じて実施されます。