

廃棄同意書（精子）

ART クリニックみらい
院長 村田 泰隆 殿

私たちは、貴院における治療のため、凍結精子の管理・保管を依頼してまいりました。この度、両者の同意のもと凍結精子の廃棄を希望し、貴院に凍結精子の廃棄を依頼致します。本同意書の提出後に、凍結精子の廃棄手続きについて一切の異議、申し立ては致しません。

同意年月日 20 年 月 日

住所 〒 _____ 電話番号 _____

女性 診察券番号 _____ 氏名 _____

男性 診察券番号 _____ 氏名 _____

※ 必ずご本人が直筆で署名してください

※ 万一署名の真偽に関わる問題が生じても責任を負うことはできません

説明者

村田 泰隆