

凍結精子廃棄同意書

さくら・はるねクリニック銀座 院長 殿

私たち夫婦は、現在さくら・はるねクリニック銀座において保管している下記の凍結精子を廃棄することを希望します。また、更新費用および残余期間分の費用は返還されないことに了承し、納得しています。

20 年 月 日 凍結分 本

20 年 月 日 凍結分 本

20 年 月 日 凍結分 本

20 年 月 日 凍結分 本

20 年 月 日 凍結分 本

※ 凍結日が不明な場合は空欄でも構いません。下記項目のみ記入して下さい。

臨床研究利用についての同意（任意）

廃棄を希望された凍結精子を今後の生殖補助医療発展のための観察研究に使用させて頂きたく存じます。研究は診察や治療には一切影響を与えず、研究参加への同意拒否や同意後の同意撤回は自由であり、それにより診察上の不利益が生じることはありません。研究の成果は個人情報の保護に十分配慮し、個人が特定されない形で学会・論文等で発表させて頂きます。

※ 試料は研究終了後、速やかに廃棄されます。

研究使用に

同意します 同意しません （どちらを選択しても不利益が生じることはありません）

同意日 20 年 月 日

患者 住所 〒

電話番号 _____

患者氏名（自署） _____

配偶者 住所 〒

電話番号 _____ （患者と住所が異なる場合のみ記入）

配偶者氏名（自署） _____