

凍結胚 廃棄申込書・同意書

私は、貴施設において凍結保存されている凍結胚について、下記の内容について十分に理解し納得した上で廃棄を申込みます。

本申込により、当該胚の使用権は放棄し処分権を金山生殖医療クリニックへ移管することに同意します。

廃棄にあたり、当該胚の一部またはすべてを匿名化された状態で、医療技術の向上や研究・手技の修練・学術発表・啓発活動（公式広報媒体での掲載を含む）に使用されることがある場合について理解し同意します。

※ 個人情報が特定される情報は一切公表されません。

金山生殖医療クリニック 院長 金山昌代 殿

*連絡をさせて頂く場合がございますので予めご了承下さい

(申込日) 西暦 年 月 日

(ID) _____

夫（パートナー）氏名(自署)： _____ 生年月日：西暦 年 月 日

(ID) _____

ご本人 氏名(自署)： _____ 生年月日：西暦 年 月 日

住所：〒 _____

※ 署名について

必ずそれぞれご本人が直筆でご署名をお願いします。

ご本人でない方が、本人であるとして代署しますと私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。

その他、民事上不法行為として損害賠償を請求されることがあります。

(クリニック使用欄)

凍結日 : 年 月 日

受精方法:

グレード:

タンク : 胚 - - -