

他院より移入した凍結物使用 同意書

リプロダクションクリニック 理事長 石川 智基 殿

他院より移入した下記の胚を「リプロダクションクリニック大阪」で使用することに同意します。

患者記入欄 「移入凍結物使用」に 同意します

当院使用欄 移入日（西暦 年 月 日）
（移送した日付を初回凍結日（基点）とします）

凍結の内容（胚・精子・卵子） 移入凍結物を○で囲ってください

夫(男性)ID 署名(直筆) 同意年月日：20 / /

妻(女性)ID 署名(直筆) 同意年月日：20 / /

住所

使用する移送凍結物が胚の場合はご夫婦両方、精子は男性、卵子は女性の欄に、必ずご本人がそれぞれ直筆でご署名ください。
ご本人以外の方が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。
フリクション等、改変可能なペンでの記載は受理いたしません(書き直していただきます)。

以下クリニック記載

本人確認書類(選択)

夫(男性) 確認
運転免許証・保険証・パスポート・マイナンバーカード・その他 ()

確認者サイン

妻(女性) 確認
運転免許証・保険証・パスポート・マイナンバーカード・その他 ()

確認者サイン