

他院より移入した凍結物使用（卵子）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卵子を「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（卵子）

ID 署名(直筆) 同意年月日：20 / /

住所

必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。
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。

以下クリニック記載

本人確認書類（選択）

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