

当院使用欄		日付	実施者
患者様	<input type="checkbox"/> 手渡し		
控え	<input type="checkbox"/> 郵送		
<input type="checkbox"/> 当院（原本保管）			
<input type="checkbox"/> scan（データ保存）			

破棄処分依頼書

私たちは、赤坂レディースクリニックに凍結保存されている、凍結物の破棄処分を依頼いたします。破棄処分の方法については貴院の方法にお任せいたします。また破棄による損害など一切求めないことを約束いたします。

説明冊子内の、当院規定・注意事項・免責事項について理解し納得しました。

- 破棄処分を希望する凍結物は以下の通りです

（※以下空欄をご記入いただき、該当項目に○をしてください）

1.凍結保存期限		年		月		日	の【凍結胚・凍結卵・凍結精子】すべて
2.凍結保存期限		年		月		日	の【凍結胚・凍結卵・凍結精子】すべて
3.凍結保存期限		年		月		日	の【凍結胚・凍結卵・凍結精子】すべて
4.凍結保存期限		年		月		日	の【凍結胚・凍結卵・凍結精子】すべて
5.凍結保存期限		年		月		日	の【凍結胚・凍結卵・凍結精子】すべて

- 破棄処分理由は以下の通りです。（※該当項目に☑をしてください）

<input type="checkbox"/>	自由意志のもとに依頼
<input type="checkbox"/>	夫もしくは妻が死亡のため
<input type="checkbox"/>	離婚・パートナー解消のため

医療法人社団江仁会 赤坂レディースクリニック 院長 殿

記入年月日		年		月		日
住所（妻）	〒					
妻氏名（自署）					ID 診察券番号	
夫氏名（自署）					ID 診察券番号	

※凍結卵の場合はご本人の署名のみで結構です。妻の欄にご記入ください。

※事実婚カップルの場合は女性側を妻、男性側を夫と読みかえてください。

※署名は、それぞれご本人が直筆で署名されたものを有効とさせていただきます。