

凍結保存卵子の処分に関する同意書

聖隷三方原病院長 殿

卵子の凍結保存に関する同意事項に従い、現在凍結保存中の卵子の処分を行うことに同意いたします。

1. 卵子の凍結保存期間は、女性の生殖年齢の範囲内(45 才以下)とし、1 年ごとに更新が必要です。
2. この期間内に死亡あるいは行方不明または保存意志の確認が取れない場合、凍結保存の卵子は当該施設の責任において破棄できるものとします。
3. 天災・事故・体外受精プログラムの中止などにより、卵子の保存ができなくなることがあります。
4. 卵子の凍結保存は保存期間内であっても本人の希望により中止することができます。

平成 年 月 日

現住所 _____

本人の氏名 _____ 印

親権者の氏名 _____ 印
(未成年者の場合)

説明医師名 _____ 印