

医学的適応による未受精卵子凍結保存 同意書

熊本大学医学部附属病院
産科・婦人科科長殿

私は、今回の医学的適応による未受精卵子の凍結保存について日本産科婦人科学会および熊本大学医学部倫理委員会の見解に基づく説明を受け、これを充分理解し納得のうえ本医療行為を受けることに同意します。

説明年月日：平成 年 月 日

説明医師名

同意年月日：平成 年 月 日

住所

同意者 _____ 印

(署名は自筆にてお願いします。)