

# 凍結【胚(受精卵)・卵子(未受精卵)・精子】廃棄申請及び同意書

※↑胚・卵子・精子のいずれかに必ず○印を記入下さい

とくおかレディースクリニックに凍結保存している、上記の凍結保存物の廃棄を申請いたします。  
一旦破棄した凍結保存物を元の状態に戻すことは不可能であることは理解しています。  
破棄方法は貴院の方法に一任します。

凍結日（ 年 月 日）

※該当周期で最初に凍結した日付を初回凍結日(基点)とします。

凍結実施時にご記入頂いた同意書の日付をご参照下さい。

廃棄理由<凍結胚(受精卵)の場合は1~4または7, 凍結卵子(未受精卵)の場合は1~3, 5または7,  
凍結精子の場合は1~3, 6または7のいずれかの番号を○で囲んで下さい。>

1. 夫婦(事実婚を含む。以下同じ。)が凍結胚(受精卵)の廃棄を希望するため  
→事由: 不妊治療を終結するため、今後の妊娠の希望がないため、その他( )
2. 離婚・事実婚解消のため
3. 夫婦または事実婚の一方が死亡したため
4. 夫婦の一方が凍結胚(受精卵)の廃棄を希望するため
5. 卵子提供者が凍結卵子(未受精卵)の廃棄を希望するため
6. 精子提供者が凍結精子の廃棄を希望するため
7. その他(事由: )

医療法人 徳真会 とくおかレディースクリニック  
院長 徳岡 晋 殿

同意日 令和 年 月 日

住所 (〒 — ) \_\_\_\_\_

夫 氏名 \_\_\_\_\_ 印

(必ずご主人様にご記入下さい。消えるインクのボールペンは不可。ご夫婦共有の印鑑は使用不可。)

緊急連絡先 \_\_\_\_\_ ※必ずご記入下さい  
(携帯電話または確実に連絡が取れる連絡先をお願い致します)

妻 氏名 \_\_\_\_\_ 印

(必ず奥様にご記入下さい。消えるインクのボールペンは不可。ご夫婦共有の印鑑は使用不可。)

緊急連絡先 \_\_\_\_\_ ※必ずご記入下さい  
(携帯電話または確実に連絡が取れる連絡先をお願い致します)

☆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。  
また、フリクションなどの改変可能な筆記用具での記載は受理出来かねます。  
書き直していただきますので、ご了承ください。  
☆廃棄理由が離婚または死亡の場合は、当該事実を証明する書類をご提出下さい。  
☆夫婦一方の意思で廃棄出来る場合で、一方の意思で廃棄申請する場合は、当該申請者のみの署名捺印で結構です。