

精子凍結保存同意書

私は、精子凍結に関して、その必要性、方法、費用、安全性などについて、医師から詳しく説明を受け良く理解できましたので、私の不妊治療の目的のため貴院において私の精子の凍結保存を行うことを希望いたします。石渡産婦人科病院の定める凍結に関する規定および下記の条項に同意致します。

1. 凍結保存期間は1年間までとする。
2. 次のいずれかに該当する場合は、その時点で廃棄とする
 - ① 廃棄の申し出があった場合
 - ② 本人と連絡が取れない場合
 - ③ 凍結延長の依頼がなかった場合（当院からはご連絡致しません）
3. 費用の概算
4. 天災、あるいは予期できない不測の事態等にて、精子の管理等が継続できなくなる場合もあることを了承する
5. その他

説明者名 _____

石渡産婦人科病院 院長 石渡 勇 殿

20 年 月 日

〒

住所： _____

本人（男性）氏名： _____ 印

親権者氏名： _____ 印

（本人が未成年者の場合）

配偶者氏名： _____

この同意書は、複数回にて有効とします。

必ず本人・親権者・配偶者、それぞれ直筆で署名し、本人・親権者は捺印もして、提出して下さい。