



凍結卵子当院への移管についての同意書

院長殿

この度私は以下の点、

1. 移管過程で、卵子へのダメージ・紛失の可能性があること。
2. 融解後に変性した卵子の取り扱いは貴院に一任すること。
3. 移管、凍結保存等の料金に関すること
4. 期間延長申し出のない場合は処分を貴院に一任すること。
5. 凍結卵子の融解・移植は別料金であること。
6. 連絡先の変更があった場合は必ず連絡すること。
7. 余剰卵子の凍結保存での情報を、日本産科婦人科学会に匿名性を保った上で解析あるいは報告すること。

について十分理解し、納得しました。その上で当院への移管を行なうことに同意いたします。

なお、私のほか、親族一同、貴院の治療方針を信頼し同意いたします。

上記の通り誓約し本書面を提出いたします。

西暦 年 月 日

住所

氏名 印

オーク住吉産婦人科
オーク梅田レディースクリニック
オーク銀座レディースクリニック

TEL 0120-009-345

説明者 ()