

# 受精卵・卵子・精子の廃棄申込書

(該当項目に○をしてください)

国家公務員連合会 斗南病院 院長 殿

斗南病院にて \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 より保存してある受精卵・

卵子・精子の廃棄を申し込みます。

申込年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

夫氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 印 ID 番号 \_\_\_\_\_

妻氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 印 ID 番号 \_\_\_\_\_

- 
- \* 署名欄は必ずご本人が直筆で署名をしてください。
  - \* 凍結時に未婚の方はご自身のお名前のみ署名してください。
  - \* 選択箇所には必ず○を記入してください。
  - \* 廃棄する場合、生命に結びつかない範囲で培養液や治療法等への研究や、手技の修練等への使用させていただく場合もあります。