

凍結物(精子・卵子・胚)の移送に関する同意書

北千住 ART クリニック 院長 殿

説明日 西暦 年 月 日

説明責任医師 大野基晴

凍結物（精子・卵子・胚）の移送に関する説明書についての説明を受け、以下の事項を十分理解したため、他施設間との凍結物を移送することに同意します。

了解事項 ☐ 移送中に生じるあらゆる事故（容器の破損、紛失、X線・放射線照射なども含む）において、貴院に一切の責任の追及をしません。

☐ 輸送した凍結物の紛失や融解後の質の不良、成績不良といった不利益について、貴院に一切の責任の追及をしません。

☐ 移送の手配に関して、一切自らの責任において行います。

☐ 移送にかかる費用の全額を負担します。

※すべての項目に☑がない場合、凍結物の移送は実施できませんのでご注意ください。

同意日 西暦 年 月 日

妻 ID () 氏名 _____ (自署)

住所 _____

電話番号 _____

夫 ID () 氏名 _____ (自署)

住所 _____

電話番号 _____