

凍結保存配偶子及び胚の移送に関する同意書

IVF 詠田クリニック

〒810-0001

福岡市中央区天神 1 丁目 12-1

TEL:092(735)6655

FAX:092(735)6656

院長 詠田 由美

搬送中の不測の事態により凍結保存(卵子・精子・胚)を完全に保存できない場合がありますが、当院では責任を負いかねますのでご了承くださいますようお願い致します。

IVF 詠田クリニック院長殿

私たちは上記に同意致し、下記施設への移送を希望します。

移送先施設:施設名 _____

住所 _____

TEL _____

令和 年 月 日

氏名(妻) _____ 印

氏名(夫) _____ 印

- ・胚についてはご夫婦の署名が必要です。
 - ・卵子または精子についてはご本人のみの署名をお願いいたします。
- 移送の際にご本人が対応できない場合は、下記の委任状の記入が必要となります。

委任状

私は(代理人の氏名: _____ 続柄: _____)
を代理人と定め卵子または精子の移送を委任いたします。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印