

## 精子の凍結保存 同意書

中林レディースクリニック

院長 中林幸士 殿

このたび、私は不妊症に対する治療として精子の凍結保存を希望し、  
医師から下記の事柄についての説明を受けました。

1. この同意書の提出がない場合は精子凍結を実施することができません。
2. この同意書は今回の精子凍結のみ有効であり、再び精子凍結を行う場合は改めて同意書を提出してください。
3. 同意書の提出後であっても、申し出があれば自由に同意の撤回が可能です。
4. 同意の撤回が精子凍結実施後の場合、凍結精子に関する細則に従って凍結精子を廃棄します。
5. 期限内に精子の凍結保存延長手続きをされない場合は凍結精子を破棄します。
6. 精子凍結代及び保存期間の延長代は、予告なく変更される場合があります。
7. 凍結した精子が極めて少量である場合、融解後に精子が見つからず、不妊治療に使用できない可能性が あります。
8. 一度支払った精子凍結代は如何なる理由によっても返金できません。
9. 精子凍結の通常の作業中や天災や災害等の不可抗力によって生じ得る精子の損傷・喪失に関して、当院は責任を負いません。

以上の事柄について、十分理解し納得しましたのでここに同意書を提出し、  
精子の凍結保存による不妊治療を受けることを希望致します。

なお、精子の凍結保存による不妊治療を中止する場合はすぐに申し出ます。

記入日（西暦） 年 月 日

住所 〒

電話番号：

本人氏名（夫）自署： (診察券番号)

※本人の意思に基づく証明として、必ず自筆で署名をお願いしております。