

委任状受領前の精子凍結保存期間に関する同意書

本書は将来の精子形成障害に備えた精子凍結保存を希望する方の精液検体を、ご本人様以外が持参された場合に必要となる委任状を受領できないとき、本日から5日間に限り精子凍結保存をするための同意書です。

同意者は、以下の内容に同意の上、左端の□欄に✓を入れ下記に署名して下さい。□欄に✓が無い場合には精子は受領出来ませんので、不明点など質問がある場合には提出前にお問合せ下さい。

- 本書提出から5日以内に委任状に必要な内容を記入の上当院まで郵送もしくは来院にて提出が必要であり、万が一5日以内に委任状の提出がされなかった場合、今回凍結した精子は当院にて破棄処分とし、その費用の返金も行わないことを理解し納得している。
(例 7/1 本書にて仮受領→7/5 までに正式書で本受領とする。)

<郵送時の宛先>

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 5-8-10 はらメディカルクリニック業務部宛

*普通郵便では郵便記録を確認はできません。郵便事故などにより未着の場合には責任を負いかねますのでご了承ください。

医療法人社団暁慶会はらメディカルクリニック

院長 原 利夫 殿

同意日 _____年____月____日

代理人 住所 〒 _____

氏名 _____

生年月日 _____年____月____日 電話番号 _____

委任者との続柄 妻 兄弟姉妹 親族 (_____) 友人

その他(_____)

*精子凍結保存に関する当院からの全ての連絡は代表連絡窓口である本人に対してのみ行えば足りるものとします。

委任状提出期限	廃棄処分予定日
/ 必着	/ 破棄

破棄連絡	連絡者
/ TEL 実施	

控えお渡し済 委任状お渡し済

会話案内済み
留守電残済み
着のみ