

## 精子凍結保存リストの郵送停止依頼書

不妊治療のため、または化学療法や放射線治療等に備え、貴院にて凍結保存しております私の精子に関して、この度以下の理由を持って「精子凍結保存リスト」の郵送を停止させて頂きたくお願い申し上げます。凍結精子の継続や破棄の手続きについては自身にてしっかり管理致します。また、「精子凍結保存リスト」以外の郵送物が郵送される場合があることについても承知しています。尚、「精子凍結保存及び凍結保存継続に関する同意書※1」に署名捺印済であり、別紙「精子凍結保存及び凍結保存継続に関する説明書」の記載事項※2 についても異議はなく、これらの規定も守ることを併せてお約束させて頂きます。

※1 当院の規定【1】精子凍結保存及び凍結保存継続に関する説明書 <http://www.haramedical.or.jp/news/documents/pdf/guidelines.pdf>

※2 上記、説明書内、4 凍結精子の更新について(⑤当院からのご案内)参照

精子の代表連絡窓口である本人の情報	
住所：〒            -	
氏名	
夫電話番号	妻 I D (未婚の場合は本人 I D)
停止理由	

**【注意】** 本依頼書をご提出して頂いた後、「精子凍結保存リスト」の郵送を再開したい場合は、ご来院にて本書に再度署名を頂きます。

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

記入年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

夫氏名 (本人署名) \_\_\_\_\_

妻氏名 (本人署名) \_\_\_\_\_

妻 ID( \_\_\_\_\_ )

当院使用欄

受領日	年	月	日	受領者		データ修正日	年	月	日	修正者	
-----	---	---	---	-----	--	--------	---	---	---	-----	--

培養部への処理依頼済 →  同意書ファイルにて保管

-----再開時使用欄-----

私は、「精子凍結保存リスト」の郵送再開を希望します。 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 署名 \_\_\_\_\_

当院使用欄

受領日	年	月	日	受領者		データ修正日	年	月	日	修正者	
-----	---	---	---	-----	--	--------	---	---	---	-----	--

培養部への処理依頼済 →  同意書ファイルにて再保管