記入例

	and a second of the second of
同意書の種類をご確認ください	देशी 13
	凍結卵子廃棄の同意書(医学的適応)
これは医学的適応で卵子凍結	水相外1 <u>光末</u> 2月18日(区于11月8日)
をされた方の廃棄用です	
をとれいこりの発来用です	私は医療法人社団神谷レディースクリニックで保管中の凍結卵子を廃棄することに同意し、これを一任致します。 尚、卵子の保存更新について下記の事項を十分に理解し、納得しました。
	この同意書についても異議はなく、従うことに同意いたします。
	治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院の方針に従います。
	<注意事項>
	① 本同意書は、今回廃棄を行う卵子の凍結卵子廃棄用です。 ② 保存卵子の処理に関し疑義が生じた場合は、裁判所等法的機関に判断を委ね、その結果に従うこと。
- 0 = #F + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 +	③ 患者様の個人情報は、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。治療経過に関する情報は、個人が特
この書類を作成した日付を	定されない形で解析したり、日本産科婦人科学会へ報告したりすることがあります。
ご記入ください	④ 当院で行う治療・サービスの品質管理の一環として、JISARTの認証を受けています。その監査のために外部の審査員がこの同意書内容を確認する場合がありますが、個人情報保護法に基づいて取り扱いを行います。
	のでご了承ください。
	⑤ 本同意書の提出を受理した時点で、対象の卵子は保存期限前でも廃棄いたします。
今回廃棄を行う卵子を	施設責任者 神谷レディースクリニック 院長 神谷 博文
■採卵した日付です(西暦で記入)	
	枠内は全てご記入ください。必ずご本人が直筆でご署名お願いします。
※採卵日が不明な場合は	
お問い合わせください	同意年月日: 20 [8 年 [2 月 5 日
※保存期限日ではありません	
	廃棄を行う卵子の採卵日: 20 (8 年 月 日
	住所: た中央では3条西2丁目2-1 日通れ幌ピル2下
▶記入事項を訂正された場合は	電流服力 (日) 3 (インスクーンスクロン・なし
訂正印が必要です	
	携帯番号:080 - □□□□ - △△△△
_	*************************************
	※本人が未成年の場合 親権者氏名(自署): (本人との統柄:)
	and resident to the constitution of the consti
	<廃棄方法の選択事項> (必ずどちらかに○してください。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。
	○がない場合には廃棄方法の選択権は当院に属することとします。)
アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・ア	直ちに廃棄します 研究に使用後廃棄します
一方に〇を記入してください	
	ご本人の自署を記入することが困難な場合は、下記から理由を選択してください。
	□死亡 □行方不明 □意思表示不可能
	記入者: (本人との統柄:) 電話番号:
	※上記以外の理由の場合は、当院に連絡をしてください。
	自署がない場合や記入漏れがある場合は、書類を受理できません。記入漏れにご注意ください。
	記入 に項を訂正された場合は、必ず訂正印を押してください(訂正日がない場合は書類を受理できません)。
	· ·
	本人が未成年の場合
	親権者ご本人の直筆の署名が必要です
	→★↓の白墨を記えすることが因難が提合

ご不明な点は011-231-2722(1番:ご予約・総合案内)までお問い合わせください。

・該当する箇所にレ点をつけてください・記入者名と連絡先をご記入ください

凍結卵子廃棄の同意書(医学的適応)

私は医療法人社団神谷レディースクリニックで保管中の凍結卵子を廃棄することに同意し、これを一任致します。 尚、卵子の保存更新について下記の事項を十分に理解し、納得しました。

この同意書についても異議はなく、従うことに同意いたします。

治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院の方針に従います。

<注意事項>

□死亡

□行方不明

- ① 本同意書は、今回廃棄を行う卵子の凍結卵子廃棄用です。
- ② 保存卵子の処理に関し疑義が生じた場合は、裁判所等法的機関に判断を委ね、その結果に従うこと。
- ③ 患者様の個人情報は、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析したり、日本産科婦人科学会へ報告したりすることがあります。
- ④ 当院で行う治療・サービスの品質管理の一環として、JISART の認証を受けています。その監査のために外 部の審査員がこの同意書内容を確認する場合がありますが、個人情報保護法に基づいて取り扱いを行います のでご了承ください。
- ⑤ 本同意書の提出を受理した時点で、対象の卵子は保存期限前でも廃棄いたします。

施設責任者 神谷レディースクリニック 院長 神谷 博文

内は全てご記入ください。必ず	ご本人	が直筆でご	署名お願い	します。		
同意年月日:	年	月	<u> </u>			
廃棄を行う卵子の採卵日:	20	年	月	<u>日</u>		
住所:						
電話番号(自宅):				・なし		
携帯番号:						
診察券番号:	氏名(自署):					_
※本人が未成年の場合 親権者	※本人が未成年の場合 親権者氏名(自署):)
<廃棄方法の選択事項> (必ずどちらかに○してください ○がない場合には廃棄方法の過				ことはありません。		
直ちに廃棄します		研究に使用	後廃棄しま	す		

記入者: (本人との続柄:) 電話番号: ※上記以外の理由の場合は、当院に連絡をしてください。

ご本人の自署を記入することが困難な場合は、下記から理由を選択してください。

□意思表示不可能

自署がない場合や記入漏れがある場合は、書類を受理できません。記入漏れにご注意ください。 記入事項を訂正された場合は、必ず訂正印を押してください(訂正印がない場合は書類を受理で きません)。