

患者 ID :

患者氏名 :

卵巣組織 凍結保存廃棄 同意書

私は、「富山大学附属病院」に凍結保存している、次の卵巣組織について、廃棄することに同意します。

初回凍結日 (西暦 年 月 日)

患者記入欄

住所 〒

氏名 (署名) 同意日: 西暦 年 月 日

※ 必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。ご本人以外の方が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。

[郵送先] 〒930-0194 富山県富山市杉谷2630
国立大学法人富山大学附属病院 産科婦人科外来「P.O.I 外来」 宛