

凍結検体の持出しについて（当院から他院への移送）

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ 歳）

電話番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

当院ID \_\_\_\_\_

採卵時	<input type="checkbox"/> 症例登録番号	<input type="checkbox"/> 保険利用回数	回
-----	---------------------------------	---------------------------------	---

移送する検体の情報について

☐ 凍結胚（☐ 胚盤胞 \_\_\_\_\_ 個 ☐ 分割期胚 \_\_\_\_\_ 個）

☐ 凍結精子 \_\_\_\_\_ 本 ☐ 精子の凍結メディウム（ \_\_\_\_\_ ）

先方施設情報

施設名	_____	都道府県	_____
担当者名	_____	連絡先	_____

移送方法 ☐ ご自身 ☐ 移送業者

連絡先 \_\_\_\_\_

↓ 移送業者ご利用の場合 ↓

移送業者	_____	医療法人	ウィメンズクリニック糸数
担当者名	_____	〒900-0012	沖縄県 那覇市泊1-29-12
		TEL	098-869-8395

# ウィメンズクリニック糸数院長殿

## 凍結保存胚移管に関する誓約書

私達夫婦は、ウィメンズクリニック糸数に保存している凍結胚を移管することを希望いたします。

つきましては、移管に関して発生する可能性のある事故に関し、輸送業者等の他者への損害も含め、一切の責任を貴院に対し追及致しませんので、移管をご了承下さいますようお願い致します。

年 月 日

夫 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

妻 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

受取日： \_\_\_\_\_ カルテ番号： \_\_\_\_\_

# ウィメンズクリニック糸数院長殿

## 凍結保存精子移管に関する誓約書

私達夫婦は、ウィメンズクリニック糸数に保存している凍結精子を移管することを希望いたします。

つきましては、移管に関して発生する可能性のある事故に関しての責任を貴院に対しまして一切の追及を致しませんので、移管をご了承下さいますようお願い致します。

年 月 日

夫 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

妻 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

受取日： \_\_\_\_\_ カルテ番号： \_\_\_\_\_