

## 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

症例登録番号

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

## 凍結保存胚移植に関する誓約書

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

つきましては、移植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、移植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：\_\_\_\_\_