

【様式3】(家族等による相談の場合に持参していただく同意書)

## 卵子・精子保存相談外来同意書

宮城県立がんセンター 総長 殿

私(患者さんの氏名) \_\_\_\_\_ は、本同意書を持参した

(相談者の氏名) \_\_\_\_\_ (患者さんとの関係) \_\_\_\_\_

に対して、がんセンターの担当医師が相談内容について意見や判断を述べ、私の主治医あての  
報告書が作成されることに同意します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 (昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 月 日生 \_\_\_\_\_