

# タイミング・人工授精(AIH)同意書

医療法人社団 暁明会 井上メディカルクリニック  
理事長・院長 井上 憲

私たち夫婦又はパートナーは不妊治療としてタイミング療法及び人工授精の実施を貴院に求めます。

タイミング療法及び人工授精を受けるに当たり、その適応、感染症、合併症等につき十分な説明を受け、同意いたしました。

また、人工授精の場合に持参する精液は間違いなく、サインした夫またはパートナーのものであることに責任を持ちます。

## 妻・パートナー(自署)

同意年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 夫・パートナー (自署)

同意年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

受理日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日