

本资料原本系日语，日语原本为有效正本。请将所有必须填写的事项填写在正本上。
本翻译仅为帮助理解正本内容参考使用，因对照翻译引发的问题，本院不负任何相关责任。

关于胚胎植入前遗传学筛查(PGT-A, PGS)的同意书

O.G.M.S.公司

本次我们夫妇两人就关于胚胎植入前遗传学筛查 (PGS) 的以下几点

1. 内容
2. 方法
3. 费用
4. 其他

得到了说明，我们已充分理解并接受说明内容。

在此基础上，同意把通过“TE细胞切除”的细胞移交至O.G.M.S.施行胚胎植入前遗传学筛查 (PGS)。

另外，有关《检查结果报告》上的性别显示：

- 希望显示
- 不希望显示

(请务必在□里面打√注明是否希望显示。如没有注明的情况，《检查结果报告》上则无性别显示。)

※ 注意：虽然选择了不希望性别显示，在被确认为性染色体异常的情况下，也可能发生根据报告内容推断性别的状况。

公历 年 月 日

〒

(地址) 邮编

英文拼写 (护照上记载)

出生年月

(妻子) 姓名 印 公历 年 月 日生

英文拼写 (护照上记载)

出生年月

(丈夫) 姓名 印 公历 年 月 日生

着床前スクリーニング (PGT-A, PGS) についての同意書

O.G.M.S.殿

私たち夫婦は、着床前スクリーニング (PGS) に関する下記の点、

1. 内容
2. 方法
3. 料金
4. その他

について説明を受け、理解し納得しました。

その上で、TE リムーバルにて除去した細胞をO.G.M.S.に移送し、着床前スクリーニング (PGS) を実施することに同意します。

また、検査結果報告書に性別の表示を

- 希望します。
- 希望しません。

(どちらかに✓をご記入ください。ご記入がない場合、性別の表示はいたしません。)

※ ご注意：性別の表示を希望しない場合でも、性染色体に異常を認めた場合は報告内容から性別を推定できる場合があります。

西暦 年 月 日

〒

(住所) _____

カガナ 生年月日
(妻) 氏名 _____ 印 西暦 年 月 日生

カガナ 生年月日
(夫) 氏名 _____ 印 西暦 年 月 日生