

| 난자 채취 이력조회 요청서                                                                                                                                                                                                                                               |          |  |                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|------------------|--|
| 의료기관명                                                                                                                                                                                                                                                        | 명칭       |  | 전화번호<br>(내선번호)   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |          |  | FAX              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 소재지      |  |                  |  |
| 난자기증자                                                                                                                                                                                                                                                        | 성명       |  | 주민등록번호<br>(여권번호) |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 난자채취 예정일 |  |                  |  |
| <p>생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행령 제11조의 규정에 따라 위와 같이 조회를 요청하오니 회신하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: center;">년      월      일</p> <p style="text-align: center;">신청인 <span style="float: right;">(서명 또는 인)</span></p> <p style="text-align: center;">보건복지부장관 귀하</p> |          |  |                  |  |
| <p>※ 구비 서류</p> <p>1. 생식세포 기증 동의서 사본 1부</p> <p>2. 개인정보 제공 동의서 사본 1부.</p>                                                                                                                                                                                      |          |  |                  |  |

\* 난자 기증자가 외국인일 경우 주민등록번호 대신 여권번호 또는 외국인등록번호 기입