

4

「난자기증자에 대한 실비보상 처리기준 안내」

권장서식 [제6호 서식]

남자 채취 현황 보고(보건복지부용)

의료기관	명 칭		전화번호	
	소 재 지			
난자 기증자	성 명		주민등록번호 (여권번호)	
	건강검진일		건강검진 결과	
	난자 채취 이력		수증자와의 관계 (수증자 성명)	
	난자 채취일			
	실비 보상 지급 내역	- 합 계 : 원 - 교통비 : 원 - 식 비 : 원 - 숙박비 : 원 - 시술 및 회복에 따른 보상금 : 원		
생명윤리 및 안전에관한법률 제27조 제4항, 제54조 및 동법 시행규칙 제24조의 규정에 따라 위와 같이 제출합니다.				
년 월 일				
배아생성의료기관장			(직 인)	
보건복지부장관 귀하				