정자 공여자 동의서					
정자 공여자	성명		상담자	성명	
정자 공여자	주민등록번호		담당의사	성명	
본 동의서는 불임시술을 위한 정자제공에 동의하는 서류로서 동의권자는 배아생성의료기관으로부터 충분한 설명을 들은 후 신중히 결정하여야 합니다.					
이와 관련하여 다음의 각 항목에 대해 상담자의 설명을 들은 후 <u><b>공란에 기입</b></u> 을 하고, 본인이 충분히 이해하였다고 판단하면 <u>□ <b>란에 √표</b></u> 를 하십시오.					
<ul> <li>▼ 동의권자는 정자의 제공이 원칙적으로 무상으로 이루어진다는 설명을 들었습니다□</li> <li>▼ 동의권자에 의해 제공된 정자가 정자공여를 통한 불임치료 목적으로만 사용되는 것에 대해 동의합니다□</li> <li>▼ 동의권자 본인은 정자수증 불임부부의 부인과 8촌 이내의 혈족이 아님을 서약합니다□</li> </ul>					
● 동의권자는 정자 채취 이후 정자에 대한 모든 권리와 의무는 정자 수증 부부 측에 귀속되며, 동의권자 본인이 제공한 정자로부터 태어난 아기에 대한 부모로서의 친권를 포기하는 것에 대해 동의합니다□					
● 정자공여와 관련된 동의권자의 개인식별 정보는 일정기간( 년간)보관됩니다□ ● 동의권자는 정자가 기증 목적으로 이용되기 전에는 상담자나 담당의사에게 서면으로 언제 든지 동의 의사를 철회할 수 있습니다□					
❖ 이전 총 공	여 횟수: 총(	) 회	<b>*</b> 개	□ 공개	성보의 공개 여부 동의함 동의하지 않음
본인은 상기 내용을 충분히 이해한 후 기입을 하였고 시술과 관련된 내용을 충분히 이해한					
후 정자공여 시술에 자발적으로 참여할 것을 결정하였습니다.					
작성 년 월 일	:	년 월	<u>일</u>		
정자 공여자:(인) 주민등록번호: -					
핸 드 폰: _		전 화 번	호:		
상 담 자: _		(인)			
0000 원장 귀하					

- 5 -