

凍結胚 ・ 凍結精子 保存延長同意書

(該当項目に○をしてください)

八重垣レディースクリニック院長 殿

私たちは、八重垣レディースクリニックで現在保存されている

〔凍結胚 ・ 凍結精子〕(〔 〕内の該当項目に○をしてください) の

保存期限 (年 月末) (凍結開始日の月末 (※期限を確認の上、ご記入ください) を

1年延長することを希望します。

下記項目をよくお読みいただき、□欄にチェック (☑) をお願い致します。

- 凍結保存の期間は1年間とし、保存延長の場合は、保存期限までに「保存延長同意書」の提出と延長料金を支払うことに同意します。廃棄の場合は、「廃棄同意書」を提出することに同意します。
- 期限を過ぎた場合は、保存継続の意志がないものとし凍結胚は廃棄することに同意します。
- 胚の凍結保存期間は、被実施者夫婦の婚姻の継続期間であって、かつ、卵子を採取した女性の生殖年齢を超えないことを了承します。
- 胚の保存期間中に、貴院で定める保存費用の増減や保存期間、手続き方法に変更があった場合は、次の更新手続きより変更された費用や保存期間、手続き方法が適応されることに同意します。

同意年月日 : 年 月 日

夫

住所 : _____

氏名 : _____ (自筆)

妻

住所 : _____

氏名 : _____ (自筆)

連絡先電話番号 : _____

当院記入欄			
本人控	カルテ記載	事務	培養室記録

《 医院記載欄 保険 ・ 自費 》