

凍結胚保管継続同意書

さくら・はるねクリニック銀座 理事長 殿

同意内容

私たち夫婦は、現在さくら・はるねクリニック銀座において保管している下記の凍結胚を保管継続することを希望します。

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|-----|---|--------------|----|---|---|---|
| 20 | 年 | 月 | 日 | 凍結分 | 個 | 年間延長→延長後保管期日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
| 20 | 年 | 月 | 日 | 凍結分 | 個 | 年間延長→延長後保管期日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
| 20 | 年 | 月 | 日 | 凍結分 | 個 | 年間延長→延長後保管期日 | 20 | 年 | 月 | 日 |
| 20 | 年 | 月 | 日 | 凍結分 | 個 | 年間延長→延長後保管期日 | 20 | 年 | 月 | 日 |

※ 同一採卵周期の胚は凍結日が異なっても同一凍結日として記入しています

また、保存期間中において凍結胚の使用や廃棄があったとしても、残余期間分の費用は返還されないことについて納得し、了承しています。

同意日 20 年 月 日

妻 住所 〒

妻 電話番号 _____

妻氏名 _____ (印)

(署名は自筆でお願いいたします)

夫 住所 〒

夫 電話番号 _____

(妻と住所が異なる場合のみ記入)

夫氏名 _____ (印)

(署名は自筆でお願いいたします)