

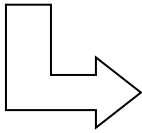
# 凍結胚保管継続同意書（自費）

さくら・はるねクリニック銀座 院長 殿

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（更新）することを希望します。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、更新費用および残余期間分の費用は返還されないことに了承し、納得しています。

延長年数 年

凍結日 20 年 月 日 凍結分 個



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扱います。
- ※ 複数の採卵周期の凍結胚を更新する場合は、それぞれ同意書の提出をお願いします。

同意日 20 年 月 日

患者 住所 〒

電話番号 \_\_\_\_\_

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_

配偶者 住所 〒

電話番号 \_\_\_\_\_（患者と住所が異なる場合のみ記入）

配偶者氏名（自署） \_\_\_\_\_