

凍結精子保管継続同意書

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精子を保管継続することを希望します。また、保存期間中において凍結精子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。

20	年	月	日	凍結分	本	年間延長→延長後保管期日	20	年	月	日
20	年	月	日	凍結分	本	年間延長→延長後保管期日	20	年	月	日
20	年	月	日	凍結分	本	年間延長→延長後保管期日	20	年	月	日
20	年	月	日	凍結分	本	年間延長→延長後保管期日	20	年	月	日
20	年	月	日	凍結分	本	年間延長→延長後保管期日	20	年	月	日

※ 凍結日が不明な場合は空欄でも構いません。延長年数と下記項目のみ記入して下さい。

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) _____