凍結卵子保管継続同意書

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卵子を**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卵子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納得し、了承しています。

希望する延長年数を〇で囲んでください。
下記に該当しない年数分の延長を希望する場合、その他（　　）にご記入ください。

延長年数　　1年　・　5年　・　10年　・　46歳まで

その他（　　年）

凍結日 20　　年　　月　　日　凍結分　　個
凍結日 20　　年　　月　　日　凍結分　　個
凍結日 20　　年　　月　　日　凍結分　　個
凍結日 20　　年　　月　　日　凍結分　　個
凍結日 20　　年　　月　　日　凍結分　　個

年間合計凍結卵子数　　個

延長後保管期日 20　　年　　月　　日

※ 年間の合計凍結卵子数が 15 個以下と 16 個以上で費用が異なります。
※ 凍結卵子の管理は 1 **年単位の管理**となります。
※ 最初に卵子凍結を行った日から起算して 1 年間分の採卵は、**同一期限**となります。
※ 生殖可能年齢（46 歳）を超えてからの保管継続はできず、廃棄となります。

同意日　20　　年　　月　　日

住所　　〒

電話番号

氏名　（自署）