

凍結胚(卵子)・凍結精子(精巣)の保存期間延長についての同意書

エフ. クリニック院長 殿

私たちは協議の結果、貴院で保存している保存期間が西暦_____年 月 末日(※)の

凍結胚(凍結卵子を含む) ・ 凍結精子(凍結精巣組織を含む)

(保存している方に丸をお付けください。胚と精子の保存期間が同じで、両方の延長を希望される場合には、両方に丸をお付け下さい)

を以下の期日まで継続保存する事を希望いたします。

新保存期間：西暦_____年 月 末日まで

(上記※の1年後をご記入ください)

西暦 _____年 月 日

住所

〒 _____

妻氏名 _____ 生年月日：昭和・平成 _____年 月 日

夫氏名 _____ 生年月日：昭和・平成 _____年 月 日

(連絡先電話番号 _____ - _____ - _____)

※署名は必ずご本人様が行ってください (代理の署名は認めません)