

## 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〒 \_\_\_\_\_

妻診察券番号 \_\_\_\_\_

妻氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日：西暦 \_\_\_\_\_年 月 日

夫氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日：西暦 \_\_\_\_\_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)