

凍結卵子保存延長 同意書

当院に保存されている卵子の凍結保存期間を延長するにあたり、下記の必要箇所にご記入ならびにご署名ください。
卵子凍結日から1年分については本同意書の提出は不要です。2年目以降保存を継続する場合に提出してください。

親愛レディースクリニック 院長 藤井 良造

記

20 年 月 日に採卵を行った凍結保存卵子について継続保存することを希望します。

以上

更新手続き後の凍結保存期間は以下の通りとなります。

【 自費診療 】 20 年 月 日 から 20 年 月 日まで

ID : _____ 署名（直筆） : _____ 電話番号 : _____

同意年月日 : 20 ____ / ____ / ____

住所 : _____

必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

ご本人以外の方が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。

フリクションペン等、改変可能なペンでの記載は受理いたしません(書き直していただきます)。