

凍結精子保存延長 同意書

当院に保存されている精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。
精子凍結日から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 日に凍結した凍結保存精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（奥様、パートナーの署名も受理いたしません）。

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)。