

凍結胚保存延長 同意書

当院に保存されている胚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。
胚凍結日から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

私たち夫婦は

20 年 月 日に採卵を行った凍結保存胚について**継続保存**することを希望します。
(該当項目に○をしてください)

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 ・ 保険診療 】 20 年 月 日 から 20 年 月 日まで

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

同意年月日 : 20 / /

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

同意年月日 : 20 / /

住所 : _____

必ずご本人がそれぞれ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)。