

凍結胚保存延長同意書

よしだレディースクリニック内科・小児科院長 殿

私達は貴院にて凍結保存されている胚の保存延長（1年間）を、下記について理解した上で希望します。

（※よく読まれた上で、にをしてください。）

胚の保存期間中に、貴院で定める保存費用の増減や保存期間、手続き方法に変更があった場合は、次回の更新手続きより変更された費用や保存期間、手続き方法が適応されることに同意します。

夫婦が離婚した(事実婚の場合はそれが解消した状態になった)場合や配偶者が死亡した場合は、1カ月以内に貴院に申告し、凍結保存胚は廃棄されることに同意します。

一度支払われた保存費用は、返金致しかねることに同意します。

次回更新時、期限日から3カ月超えても保存延長の明確な意思表示をしない場合や、連絡不能となったり連絡に対して応答しなかったりした場合は、凍結保存胚は廃棄されることに同意します。

初回凍結日：西暦_____年____月____日

同意年月日：西暦_____年____月____日

住所変更がある場合は
してください

住所：_____

氏名：_____（自署）（診察券番号：_____）

電話番号：_____

配偶者氏名：_____（自署）（診察券番号：_____）

電話番号：_____

※記入漏れがないか再度ご確認ください。

*提出して頂いた後、患者様控えとしてコピーをお渡ししますので大切に保管してください。

同意書控えお渡し者（ _____ / _____ / _____ ） 保険 自費