

凍結保存精子保存延長同意書

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精子の保存延長（1年間）について、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。）

次回更新時、期限日から 1 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、凍結保存精子は廃棄されることに同意します。

精子の保存期間中に、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。

初回凍結日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人

住所変更がある場合は

してください

住所： _____

氏名： _____ （自署）

電話番号： _____

ご親族（パートナー） _____ （ご本人との関係）

氏名： _____ （自署） _____

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