

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、凍結保存費用（1年分）金 16,500円を添えて希望します。

（※□に☑をしてください。）

□保存期限を1ヶ月過ぎても更新手続きをしていない場合や、連絡不能となつたり連絡に対して応答しなかつたりした場合、保存延長の意思がないものとし、凍結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) (診察券番号：_____)

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（ / / : _____）