

クリニック使用欄		日付	実施者
患者様	<input type="checkbox"/> 手渡し		
控え	<input type="checkbox"/> 郵送		
<input type="checkbox"/> 原本保管			
<input type="checkbox"/> スキャン			
<input type="checkbox"/> 入金確認			

凍結胚の保管延長同意書

ノア・ウィメンズクリニック 院長殿

私たち夫婦は、以下の事項について了解した上で、貴院に凍結保存されている凍結胚の凍結保管期限の延長を本同意書の提出と、保管更新料の支払いをもって申請いたします。

1. 不測の原因により凍結胚を完全に保管できかねる場合があること。
2. 凍結胚の凍結保管期間は、その被実施者の一般的に認められている生殖可能年齢の範囲内とする。
3. 凍結胚の利用目的は、被実施者の夫との間の生殖行為においてのみ使用すること。
4. 凍結胚の凍結保管が種々の理由により不必要になった時は、速やかに連絡すること。
5. 凍結胚の保管期間延長を次回も希望する場合、次回の保管期限日までに所定の手続きを行うこととする。

20 年 月 日

(〒 -) 住所

TEL - -

氏名(妻)(自署) ⑩ (診察券番号)

氏名(夫)(自署) ⑩ (診察券番号)

保管延長希望胚の 凍結日	現在の 凍結保管期限日 <small>(※今回の手続き前の期限日)</small>	今回の延長手続き後の 凍結保管期限日	凍結胚の詳細 【例 1/Day3・8cell (grade3)】 【例 2/Day5・4AA】
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	Day •
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	Day •
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	Day •
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	Day •
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	Day •
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	Day •
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	Day •
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	Day •
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	Day •
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	Day •



クリニック 記載欄	受理日	受付	医師	Lab
--------------	-----	----	----	-----