

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。
6. 次回の凍結保管期限日までに所定の手続きを執らなかった場合、保管延長の意思がないものと見做し、凍結されている胚は破棄とする。

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	<u>今回の延長手続き後の</u> 凍結保管期限日	stage	grade
(例) 2015年5月2日	2019年5月1日	Day3	• 8cell (grade3)
(例) 2017年4月1日	2019年3月31日	Day5	• 4AA
20 年 月 日	20 年 月 日	Day	•
20 年 月 日	20 年 月 日	Day	•
20 年 月 日	20 年 月 日	Day	•
20 年 月 日	20 年 月 日	Day	•
20 年 月 日	20 年 月 日	Day	•
20 年 月 日	20 年 月 日	Day	•
20 年 月 日	20 年 月 日	Day	•
20 年 月 日	20 年 月 日	Day	•
20 年 月 日	20 年 月 日	Day	•
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	
--------------	-----	----	--	----	--	-----	--