

凍結精子 保存期間延長申請書（未成年者・独身者用同意書）

恵愛レディースクリニック院長殿

私・私たちは恵愛レディースクリニックにて凍結保存されている精子をこの度以下の事項を再度確認し同意した上で、凍結保存期間を延長することを希望します。

- 予測不能の天災、それに伴う止むを得ない閉院が生じた場合、精子が完全に保管されない場合があります。
- 融解時、総精子数・運動率等が凍結前より低下します。
- 離婚した場合・死亡した場合・行方不明の場合、精子は廃棄されます。
- 今回の延長申請による保存期間は1年間です。
- 当申請書の提出および必要料金のお支払いが申請期日※内に確認できなかった場合は、凍結時の「凍結精子保存の同意書」に基づき凍結精子は破棄されます。

※申請期日は凍結日より1年以降2週間以内となります。（以降1年経過ごとの更新）

下記事項を全てご記入の上、ご提出ください。

申請日： 年 月 日（←申請書提出日または郵送日をご記入ください）

申請する凍結精子の凍結日【 年 月 日】

患者 住所 _____

氏名 _____（自筆署名）

診察券番号 _____

生年月日 年 月 日（ 歳）

親権者 住所 _____ ※同上不可

氏名 _____（自筆署名）

生年月日 年 月 日（ 歳）

私・私たちは、それぞれ自筆にて署名捺印を行いました。

署名に不備が見つかった場合、治療を途中で中断することに同意します。

同意書の内容は予告なく変更される場合がありますので、次回更新時はホームページ等で最新の様式をご確認下さい。