**凍結胚　保存期間延長申請書（同意書）**

**記入例**

恵愛レディースクリニック院長殿

私たち夫婦は恵愛レディースクリニックにて凍結保存されている胚をこの度以下の事項を再度確認し

同意した上で、凍結保存期間を更に１年間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胚が完全に保管されない場合があります。
* 離婚した場合、死亡した場合、行方不明の場合等、胚は廃棄されます。
* 胚の凍結保存期間は、その被実施者(妻)の一般的に認められている生殖可能な範囲内(50歳まで)とします。
* 胚の凍結保存期間の延長は延長手続き完了日より1年間となります。

今回、当申請書の提出および必要料金のお支払いが下記指定日内に確認できなかった場合は、

凍結時の凍結胚保存の同意書に基づき、凍結胚は廃棄されます。

前回手続きした日付(採卵日ではない)

✓

※　□　培養終了日・□　前回延長手続き完了日　：**（2022年5月12日）から1年以降2週間以内に**申請手続きにお越しください。

前回手続きした方はこちらにチェック

下記事項を全てご記入の上、ご提出ください。

今回手続きしようとする日付

(ご来院日もしくは郵送日)

※前回更新日から1年以降2週間以内

　 申請日：2023年 5月13日（←**手続きを行う日付**をご記入ください）

凍結期間を延長したい胚の採卵日を記入

申請する凍結胚の採卵日【2020年5月12日】

患者：　妻　　住所　徳島県徳島市佐古3番町4-6

氏名　　　　　　　〇〇〇　　　　　〇〇〇　　　　　　　　　　　　　　印

診察券番号　　　　　　1234567

生年月日　　　　1989年　7月　　17日（　33歳）

西暦または和暦で記入

それぞれ自筆で記入

捺印

患者：　夫　　住所　　徳島県徳島市佐古3番町4-6　　　　　　　　　　※同上不可

氏名　　　　　　　〇〇〇　　　　　　　△△△　　　　　　　　　　　　印

診察券番号　　　　　　　　457896

生年月日　　　　　1989年　12月　6日（　33歳）

入金が完了してからこの書類を郵送して下さい。

ご来院時に延長料金をお支払いされる方は、この書類もご提出下さい。

私たち夫婦は、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。

**凍結精子　保存期間延長申請書（同意書）**

**記入例**

恵愛レディースクリニック院長殿

私たち夫婦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、凍結保存期間を更に１年間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、貴院にお預けした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。
* 妻の年齢が女性の生殖年齢（50歳）を超えた場合、夫婦のどちらか一方が死亡または行方不明の場合、離婚

した場合は夫婦の意思に関係なく、凍結精子が廃棄されます。

* 凍結された精子の保存は、原則1年間です。

今回、当申請書の提出および必要料金のお支払いが下記指定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、凍結精子は廃棄されます。

✓

※　□　凍結日・□　前回延長手続き完了日　：**（2022年6月1日）から1年以降2週間以内に**保存期間延長料金(35000円)をご準備の上申請手続きにお越しください。

前回手続きした日付(凍結日ではない)

前回手続きした方はこちらにチェック

下記事項を全てご記入の上、ご提出ください。

今回手続きしようとする日付

(ご来院日もしくは郵送日)

※前回更新日から1年以降2週間以内

　 申請日：　2023年 6 月 9日（←**手続きを行う日付**をご記入ください）

凍結期間を延長したい精子の凍結日を記入

申請する凍結精子の凍結日【2021年6月1日】

患者：　妻　　住所　　　　　　　　　　徳島県徳島市佐古3番町4-6

氏名　　　　　　　　□□□　　　　　　○○　　　　　　　　　　　　印

診察券番号　　　　　　123987

それぞれ自筆で記入

捺印

生年月日　　　　1985年10月23日（　37歳）

西暦または和暦で記入

患者：　夫　　住所　　　　　　　　　　徳島県徳島市佐古3番町4-6　　　　　　　　※同上不可

氏名　　　　　　　　□□□　　　　◇◇◇　　　　　　　　　　　　　　印

診察券番号　　　　　　　23698745

生年月日　　　　1983年　　　1月　　　5日（　40歳）

入金が完了してからこの書類を郵送して下さい。

ご来院時に延長料金をお支払いされる方は、この書類もご提出下さい。

私たち夫婦は、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。

**凍結精子　保存期間延長申請書（未成年者・独身者用同意書）**

妊孕性温存のために精子を凍結保存された方は

凍結保存期間を延長したい件数分ご提出をお願いいたします。

**記入例**

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、凍結保存期間を更に１年間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、貴院にお預けした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。
* 本人が死亡または行方不明の場合、家族の意思に関係なく凍結精子が破棄されます。
* 凍結された精子の保存は、原則1年間です。

今回、当申請書の提出および必要料金のお支払いが下記指定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、凍結精子は廃棄されます。

前回手続きした日付(凍結日ではない)

✓

※　□　凍結日・□　前回延長手続き完了日　：**（2022年7月23日）から1年以降2週間以内に**保存期間延長料金(35000円)をご準備の上申請手続きにお越しください。

今回手続きしようとする日付

(ご来院日もしくは郵送日)

※前回更新日から1年以降2週間以内

前回手続きした方はこちらにチェック

下記事項を全てご記入の上、ご提出ください。

　 申請日：　2023年 7月 25日（←手続きを行う日付をご記入ください）

申請する凍結精子の凍結日【2021年7月22日】

凍結期間を延長したい精子の凍結日を記入

患者　　住所　　　　徳島県徳島市佐古3番町4-6

氏名　　　　　　○○　◇◇◇　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

自筆で記入・捺印

診察券番号　　　　321654

生年月日　　　1999年 3月8日（24歳）

西暦または和暦で記入

親権者　　住所　　※**患者様が未成年者の時のみ親権者様がご記入下さい**　　　　　※同上不可

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

※患者様(精子を凍結したご本人様)が未成年者の場合のみ親権者の署名・捺印をお願い致します。

入金が完了してからこの書類を郵送して下さい。

ご来院時に延長料金をお支払いされる方は、この書類もご提出下さい。

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。