**凍結胚　保存期間延長申請書（同意書）**

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、夫婦どちらかが死亡した場合または行方不明の場合等、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。

※　□　培養終了日・□　前回延長手続き完了日　：**（　　　　年　　　月　　　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。

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（←手続きを行う日付をご記入ください）

申請する凍結胚の採卵日【　　　　年　　　　月　　　　日】

患者：　妻　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

診察券番号

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

患者：　夫　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※同上不可

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

診察券番号

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

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。