

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、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。
- 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「凍結胚保存の同意書」に基づき凍結胚は破棄されます。

※申請期日は採卵日より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)

保険での保存期間延長は培養終了日(採卵日より6日後)より1年以降2週間以内に申請手続きをお願いいたします。

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)

申請する凍結胚の採卵日【 年 月 日】

患者： 妻 住所 _____
氏名 _____ (自筆署名)
診察券番号 _____
生年月日 年 月 日 (歳)

患者： 夫 住所 _____ ※同上不可
氏名 _____ (自筆署名)
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。