

胚・卵子の凍結保存期間の延長に関する同意書

竹林ウィメンズクリニック理事長 竹林浩一 殿

私たちは、竹林ウィメンズクリニックで（凍結日：^(西暦) 年 月 日）

に凍結保存された胚・卵子の保存期間を1年延長することを希望致します。

ただし、以下の場合、凍結保存してあります胚・卵子が廃棄されることに同意致します。

1. 胚・卵子の凍結保存期間が満了になっても、さらなる凍結保存延長の意思を文書にて通知せず、凍結保存延長のための費用の支払いがない場合。
2. 離婚や事実婚を解消した場合。
3. ご本人が生殖年齢を超えた場合。
4. どちらかが死亡、または行方不明の場合。
5. 災害や不慮の事故により凍結胚・卵子が使用できなくなった場合。

同意年月日：^(西暦) 年 月 日（この書類を記入された日付）

診察券番号 _____

本人 氏名（自署）

住所 〒

連絡先（自宅／携帯）

パートナー 氏名（自署）

住所（ご本人の欄と違う場合のみ記載してください）

連絡先（自宅／携帯）