

凍結卵・凍結胚・凍結精子・凍結精巣組織

(該当項目に○をしてください)

保存期間延長申請書

私達夫婦は、ウイメンズ・クリニック大泉学園に預けている、
(凍結卵・凍結胚・凍結精子・凍結精巣組織) 該当項目に○をしてください
の保存期間を一年間延長することに同意して申し込みいたします。
保存期間は下記までとし、その後の処分は胚凍結保存の同意書に従います。

凍結実施日 20 年 月 日

凍結保存期間 20 年 月 日まで

医療法人社団レニア会
ウイメンズ・クリニック大泉学園
院長 殿

20 年 月 日

住所 〒

妻 署名 (ID)

夫 署名 (ID)