

凍結胚に関する申請書

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胚に関し、以下の申請を致します。

採卵日 20 年 月 日

*色部分をご記入ください。延長・破棄どちらか一方に記入をお願い致します。

署名はご夫婦それぞれ直筆でお願い致します。同じ筆跡の場合、同意書の受理が出来かねます。

ID が不明な場合は、生年月日の記入をお願い致します。

記載に誤りがあった場合、手続きを完了することができず再提出が必要となります。

【延長の申請】

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

私達夫婦は、貴院に預けている凍結胚の保存期間を1年延長することに同意し、申し込み致します。
保存期間は下記までとし、その後の取り扱いは、卵子・胚凍結保存の同意書に従います。

更新後の凍結保存期間 20 年 月 末日まで

上記の内容を確認致しましたので、下記に記入・署名致します。

20 年 月 日

住所

〒

妻 署名

ID 又は生年月日

()

夫 署名

ID 又は生年月日

()

【破棄の申請】

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

私達夫婦は、貴院に預けている上記採卵日の凍結胚をすべて破棄することに同意致します。
破棄後の処分は、貴院に一任致します。

上記の内容を確認致しましたので、下記に記入・署名致します。

20 年 月 日

住所

〒

妻 署名

ID 又は生年月日

()

夫 署名

ID 又は生年月日

()

当院記入欄

