

凍結胚凍結延長依頼書

私達は、 20 年 月 日に採卵し

20 年 月 日に凍結し

石渡産婦人科病院に凍結保管を依頼している

凍結胚 個 について、以下の期間の延長を依頼します。
石渡産婦人科病院の定める凍結に関する規定に従うことに同意致します。

凍結期間

20 年 月 日 ～ 20 年 月 日

- ※45歳まで延長が可能です。（43歳以降は自費での延長のみとなります）
- ※1年毎に更新となります。
- ※1年の途中で46歳になる場合は、46歳前日までとなります。
- ※複数の胚及び卵子のうち、一部を廃棄希望の場合、廃棄の同意書も必要です。

説明者名 _____

医療法人石渡会 石渡産婦人科病院 院長 殿

20 年 月 日

住所： 〒 _____

本人（妻）氏名： _____ 印

配偶者（夫）氏名： _____ 印

必ずご夫婦それぞれ直筆で署名・捺印し、提出して下さい。
更に凍結の延長を希望される場合は、凍結日の1年後の同月中に更新して下さい。
当院から更新についてのご連絡はしておりませんので、ご注意下さい。

(2022.06.10.改定)