

凍結胚保存の同意書（延長）

みずうち産科婦人科 院長 水内将人殿

私達夫婦は、胚の凍結保存・融解法に関する説明を受け、その内容を十分に理解しました。よって、胚の凍結保存・融解法により治療を受けることに同意致します。また、下記の付帯事項に従うことにも同意致します。

1. 胚の凍結保存期間は、最長 1 年間とする。保存期間を経過する前に今後の胚の処遇（保護継続・破棄）について書類及び管理料の支払いをもって必ず手続きするものとする。
2. 胚の凍結保存期間は、夫婦の継続期間のみでかつ卵子を採取した女性の生殖年齢を超えないこととする。
3. 地震や火災などの災害、犯罪被害や当院に過失のない事由によって胚が損傷・紛失した場合、当院は一切の損害賠償責任を負わないものとする。
4. 当院が閉院した場合、保存胚は当院が指定した他施設に移送し保存移植を行うこととする。
5. 保存期間中は凍結保存料を支払うものとする。支払われない場合には、胚の処分は当院にて行われるものとする。
6. 連絡先の変更があった場合には必ず連絡することとする。
7. 保存期間を過ぎても連絡がない場合には、胚の処分は当院によって行われるものとする。

凍結保存期間：20 年 月 ～ 20 年 月末

20 年 月 日

夫 妻 病院

Ⓜ

Ⓜ

Ⓜ

凍結胚保存の同意書（延長）

みずうち産科婦人科 院長 水内将人殿

私達夫婦は、胚の凍結保存・融解法により治療を受けることに同意致します。また、付帯事項に従うことにも同意致します。

凍結保存期間：20 年 月 ～ 20 年 月末

20 年 月 日

現住所 〒

番地・アパート・マンション名までお書きください

電話番号（自宅）

診察券番号（妻）：

E-mail（妻）：

E-mail（夫）：

夫	氏名（自署）	Ⓜ	電話番号（携帯）
妻	氏名（自署）	Ⓜ	電話番号（携帯）