

凍結胚延長保存同意書

愛育レディースクリニック院長殿

私たちは、（採卵日または移管日 年 月 日）の凍結胚について、保存期間を 1 年延長することを希望します。延長にあたり下記の諸事項について同意します。

下記項目をよくお読みいただき、☐欄にチェック(✓)をお願い致します。

- ☐ 凍結胚を使用する場合は、その都度「凍結胚融解についての同意書」を提出することに同意します。
- ☐ 治療に使用する場合は夫婦が婚姻継続中であり、かつ妻の年齢が 50 歳を超えない事を了承します。
- ☐ 保存期間内であっても、婚姻関係を解消された場合、妻の年齢が満 50 歳を超えた場合、自身または配偶者が死亡した場合は破棄することに同意します。
- ☐ 延長の場合は、保存期間満了日までに凍結胚保存＜延長＞同意書の提出と延長料金を支払うことに同意します。
- ☐ 破棄の場合は、保存期間満了日までに凍結胚＜破棄＞同意書を提出することに同意します。
- ☐ 延長の手続きをしないまま保存期間満了日を過ぎた場合は保存継続の意志がないとし、破棄することに同意します。
- ☐ 胚の保存期間中に、貴院で定める保存費用の増減や保存期間の変更があった場合には、次回保存期間の更新手続きから、改訂された最新の保存費用や保存期間が適用されることに同意します。
- ☐ 当院が閉院になった場合は、他院へ凍結胚を移管する必要がある、その際の施設選定につきましては患者様と相談のうえ決定することを了解しました。

同意年月日 西暦 年 月 日

〒

住所

< 診察券番号（妻）： >

妻氏名（自署） (TEL：)

夫氏名（自署） (TEL：)

説明者 年 月 日

医療法人愛育会 愛育レディースクリニック

〒242-0006 神奈川県大和市南林間 2-13-3

TEL 046-277-3316