

胚・卵子の凍結保存更新 同意書

中林レディースクリニック

院長 中林幸士 殿

このたび、私達は不妊症に対する治療として胚・卵子の凍結保存を希望し、以下の事柄について、十分理解し納得しましたのでここに同意書を提出し、胚・卵子の凍結保存による不妊治療を受けることを希望致します。

<下記項目を読み、全ての項目に☒をして署名をしてください>

- ☐ 凍結保存の期間及び廃棄の条件（胚・卵子の凍結保存を希望される方への 11 番参照）
- ☐ 夫婦でなくなった場合（死亡や離婚等）や、胚・卵子の凍結保存による不妊治療を中止する場合はすぐに申し出ます。
- ☐ 凍結保存期限は、凍結結果と一緒にお渡ししている培養結果報告書に記載しておりますのでご自身で凍結保存期日をご確認いただき手続きをお願いいたします。
- ☐ 当院から凍結保存期限に関するご連絡はしておりません。
- ☐ 原則として期間を過ぎてからの更新手続きはできません。
- ☐ また更新の意思表示がない場合、連絡が取れない場合、すべての手続きが受付期間内に完了されていない場合は、自動的に廃棄処分となります。
- ☐ 受付期間内に凍結保存の期限の更新手続きが完了されておらずすでに廃棄処分済みであった場合の異議申し立ては一切受け付けません。
- ☐ 資格更新手続きは1年毎になります。
- ☐ 更新後の返金はいたしかねますのでご了承ください。

年 月 日

ID _____

妻（氏名）_____

住所 _____

夫（氏名）_____

住所 _____

※本人の意思に基づく証明として、必ず自筆で署名をお願いしております