

凍結卵子延長保存同意書

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）の凍結卵子について、保存期限を
（1年・3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。

*：希望する期間に○をつけてください

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。

- 凍結卵子を使用する場合は、その都度「凍結卵子融解同意書」を提出することに同意します。
- 保存期間内であっても、年齢が満50歳を超えた場合、または本人が死亡した場合は破棄となることを了解しました。
- 延長・破棄いずれの場合も手続きに必要な書類を提出致します。
- ・延長の場合：保存期間満了日までに凍結卵子<延長>保存同意書の提出と延長料金の支払い
 - ・破棄の場合：凍結卵子<破棄>同意書を提出
- 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思がないとし、破棄となることを了解しました。
- 卵子の保存期間中に、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。

同意年月日 西暦 年 月 日

〒

住所

<診察券番号： >

卵子凍結本人氏名（自署）

(TEL：)

夫氏名（自署）

*結婚している場合のみ記入

(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