

凍結受精卵（胚）の保存延長同意書

JA 長野厚生連 南長野医療センター 篠ノ井総合病院に預けている
凍結受精卵（胚）の保存延長を 20 年 月 日まで希望します。

JA 長野厚生連 南長野医療センター
篠ノ井総合病院 不妊治療センター
センター長 木村 薫 殿

提出日 20 年 月 日

- ※ 住所、氏名、妻の診察券番号と生年月日の記入をお願いします。
- ※ 署名は、ご本人が直筆で署名されたものを有効とさせていただきます。

住所 _____

氏名（夫） _____

氏名（妻） _____（診察券の番号）（ _____ - _____ - _____ ）
（生年月日）（ S・H 年 月 日 ）

<注意事項>

- 凍結保存延長の手続きは、書類（本書）のご提出と、翌年分の保存費用のお支払いにより完了になります。保存費用は1万円（消費税別）です。
- 保存期間満了日過ぎても延長の手続きが完了しない場合は廃棄いたします。（当院から患者さんへの連絡は致しません）。
- 1年以内に保存したすべての胚を使用・廃棄した場合にも返金はありません。
- 凍結保存期間中においても、離婚した場合、夫婦の一方が死亡または行方不明になった場合、女性の生殖年齢を超えた場合は、保存を終了させていただきます。

症例番号： _____ 採卵日： _____
処理日： _____
患者名： _____ （ ID： _____ ）

電子カルテ、 凍結胚（台帳）、 凍結胚（パソコン）