

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（夫） _____

氏名（妻） _____

※ 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。

<注意事項>

- ①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。
- ②保存期間満了日から2ヶ月間過ぎても延長の手続きが完了しない場合、廃棄いたしますのでご注意ください。
- ③1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。
- ④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： _____
提出日： _____
患者名： _____ (ID： _____)