

当院使用欄		日付	実施者
患者様	<input type="checkbox"/> 手渡し		
控え	<input type="checkbox"/> 郵送		
<input type="checkbox"/> 当院（原本保管）			
<input type="checkbox"/> scan（データ保存）			
<input type="checkbox"/> 入金確認			

凍結保存期間更新依頼書

私たちは、赤坂レディースクリニックに凍結保存されている胚の保存期間更新を希望します。

更新について、説明冊子内の当院規定・注意事項・免責事項について理解し納得しました。なおその内容について異議はなく、この規定を守ることをお約束します。

*** 保存期間更新を希望する胚は以下の通りです**

胚	空欄をご記入ください					該当項目に○、もしくは凍結IDをご記入ください					
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月	日	の凍結胚	全て	or	ID【		】

*** 保存期間延長を希望する年数は以下の通りです。**（※空欄に記入してください）

上記保存期限後向こう		年間の延長を希望します。
------------	--	--------------

医療法人社団江仁会 赤坂レディースクリニック 院長 殿

記入年月日		年		月		日
住所（妻）	〒					
妻氏名（自署）					ID 診察券番号	
夫氏名（自署）					ID 診察券番号	

※事実婚カップルの場合は女性側を妻、男性側を夫と読みかえてください。

※署名は、それぞれ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。

----- 当院使用欄 -----

胚										
新たな凍結保存期限		年		月末	全て	or	ID【		】	
新たな凍結保存期限		年		月末	全て	or	ID【		】	
新たな凍結保存期限		年		月末	全て	or	ID【		】	
新たな凍結保存期限		年		月末	全て	or	ID【		】	
新たな凍結保存期限		年		月末	全て	or	ID【		】	
新たな凍結保存期限		年		月末	全て	or	ID【		】	
新たな凍結保存期限		年		月末	全て	or	ID【		】	

※上記が、新しい保存期限ですので、控えを保管してください。