

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、凍結物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凍結物は以下の通りです

（※以下空欄をご記入いただき、該当項目に○をしてください）

1.凍結保存期限		年		月		日	の【凍結胚・凍結卵・凍結精子】すべて
2.凍結保存期限		年		月		日	の【凍結胚・凍結卵・凍結精子】すべて
3.凍結保存期限		年		月		日	の【凍結胚・凍結卵・凍結精子】すべて
4.凍結保存期限		年		月		日	の【凍結胚・凍結卵・凍結精子】すべて
5.凍結保存期限		年		月		日	の【凍結胚・凍結卵・凍結精子】すべて

- 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。
-------------	--	--------------

（※この申請書で一括して、複数月の凍結物を更新できますが、同一年内のものでお願いします。）

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	

※凍結卵の場合はご本人の署名のみで結構です。妻の欄にご記入ください。

※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 -----

1.【凍結胚・凍結卵・凍結精子】	更新後	凍結保存期限		年		月末
2.【凍結胚・凍結卵・凍結精子】	更新後	凍結保存期限		年		月末
3.【凍結胚・凍結卵・凍結精子】	更新後	凍結保存期限		年		月末
4.【凍結胚・凍結卵・凍結精子】	更新後	凍結保存期限		年		月末
5.【凍結胚・凍結卵・凍結精子】	更新後	凍結保存期限		年		月末

※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。