

胚凍結保存 継続・終了依頼書

久保みずきレディースクリニック
菅原記念診療所
理事長 久保寛倫 殿

(チェックを入れてください。)

私たち夫婦は、凍結保存を1年間継続することを依頼します。

私たち夫婦は、凍結保存の終了を依頼します。

申請年月日 平成 年 月 日

住所 〒 _____

電話番号 _____

妻 氏名 _____ 印

夫 氏名 _____ 印

※必ずご本人が署名し、捺印をお願いします。

ご意見 _____

継続される場合、次回の更新は、更新満期日より1年後となります。

文書連絡が必要になった場合、上記住所にクリニック名で郵送してもよろしいですか。

(はい ・ いいえ)

当院記入欄

ID () 延長料金確認 (済 ・ 未)