

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
院長 石原尚徳 殿

(チェックを入れてください。)

- 私たち夫婦は、胚の凍結保存を1年間継続することを依頼します。
※ 胚の凍結保存に同意できなくなった場合には速やかに同意を撤回するための意思表示をします。
- 私たち夫婦は、胚の凍結保存の終了を依頼します。

申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

電話番号 _____

妻 氏名 _____

夫 氏名 _____

※必ずご本人が署名してください。

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)