

# 凍結胚延長保管同意書

医療法人小埜医院つくば ART クリニック

理事長 小埜 清 殿

私共夫婦は、協議の結果、  
貴院に預けている凍結胚の保管の延長を希望します（1年間）。

凍結日：20 年 月 日 ※要記入

20 年 月 日

〒  
住所 \_\_\_\_\_

妻氏名 診察券番号（ \_\_\_\_\_ ）（自筆署名）

夫氏名 診察券番号（ \_\_\_\_\_ ）（自筆署名）

緊急連絡先 妻 携帯番号 \_\_\_\_\_

夫 携帯番号 \_\_\_\_\_

《注意事項》凍結胚に関しては、凍結胚移植周期スタートまでに期限を迎えて、延長手続きを  
されていない場合は、自動的に破棄となり、胚移植はできません。（外来受診時に凍結融解胚  
移植の話があった場合でも上記の内容が適用されます。）凍結胚保管期限日については、当院  
医師・スタッフよりお知らせする事はありません。  
ご自身で確認、管理をして下さい。