

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 _____

本人氏名 診察券番号（ _____ ）（自筆署名）

パートナー氏名 診察券番号（ _____ ）（自筆署名）

緊急連絡先 本人 携帯番号 _____

パートナー 携帯番号 _____

《注意事項》

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。