

# 凍結胚保存延長同意書

医療法人小埜医院 つくばARTクリニック

理事長 小埜 理人 殿

私共は、協議の結果、  
貴院に預けている凍結胚の保存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 \_\_\_\_\_ (自筆署名)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (本人)

パートナー \_\_\_\_\_ (自筆署名)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (パートナー)

緊急連絡先 本人 携帯番号 \_\_\_\_\_

パートナー 携帯番号 \_\_\_\_\_

## 《注意事項》

凍結胚保存期限日については、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。