

凍結精子・凍結精巣精子に関する申請書

私達夫婦は、ウイメンズ・クリニック大泉学園に預けている凍結精子・凍結精巣精子に関し、以下の申請を致します。

搬入日・凍結日 20 年 月 日

* 色部分をご記入ください。延長・破棄どちらか一方にご記入お願い致します。

署名はご夫婦それぞれ直筆でお願い致します。同じ筆跡の場合、同意書の受理が出来かねます。

IDがご不明な場合は、生年月日の記入をお願い致します。

記載に誤りがあった場合、手続きを完了することができず再提出が必要となります。

【延長の申請】

医療法人社団レニア会 ウイメンズ・クリニック大泉学園 院長 殿

私達夫婦は、貴院に預けている凍結精子・凍結精巣精子の保存期間を1年延長することに同意し、申し込み致します。保存期間は下記までとし、その後の取り扱いは、凍結精子・凍結精巣精子管理の条項に従います。

更新後の凍結保存期間 20 年 月末まで

上記の内容を確認致しましたので、下記に記入・署名致します。 20 年 月 日

妻署名(自署) ID又は生年月日
()

妻住所(自署) 〒

夫署名(自署) ID又は生年月日
()

夫住所(自署) 〒

今回の申請は下記での手続きとなります。

自費(治療中断等) / 維持管理料

【破棄の申請】

医療法人社団レニア会 ウイメンズ・クリニック大泉学園 院長 殿

私達夫婦は、貴院に預けている上記搬入日・凍結日の凍結精子・凍結精巣精子をすべて破棄することに同意致します。破棄後の処分は、貴院に一任致します。

上記の内容を確認致しましたので、下記に記入・署名致します。 20 年 月 日

妻署名(自署) ID又は生年月日
()

妻住所(自署) 〒

夫署名(自署) ID又は生年月日
()

夫住所(自署) 〒

当院記入欄

凍結時精子量 本