

# 凍結胚 保管継続同意書

自費診療

とよた星の夢 ART クリニック 院長 西川 和代 殿

私たち夫婦は、夫婦の同意のもと、貴院に保管してある凍結胚の保管期限を延長することに同意いたします。

枠内をすべてご記入ください。

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

延長後の保管期限：ご希望の内容に✓を入れてください。

a) 凍結胚を保管継続する

1年間：48,400円(税込)     6ヶ月：30,250円(税込)

注 1) 保管期間中の中途解約はできません

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

ご署名    ご本人（妻） \_\_\_\_\_ 印

診療券番号 \_\_\_\_\_ (分からない方は生年月日を記載)

配偶者（夫） \_\_\_\_\_ 印

診療券番号 \_\_\_\_\_ (分からない方は生年月日を記載)

- \* 同意年月日、ご希望の内容への✓、の2点は必ずご記入ください。
- \* 必ずご本人、配偶者の自筆でお願いいたします（同筆の場合は受理できません）。
- \* 捺印がない場合は受理できません。
- \* 同意内容の記載に不備がある場合は再記入をご依頼します。

医師確認欄

--

**【封筒宛名ラベル】**

以下の宛名を切り取り、封筒に貼りつけてご利用ください。

〒471-0027

愛知県豊田市喜多町 2 丁目 160 番地

コモ・スクエア WEST 3F

**とよた星の夢 ART クリニック**

**同意書担当 行**

差出人	氏名
	住所
	電話番号