

社会的適応（ノンメディカル）での未受精卵子 保管継続同意書

とよた星の夢 ART クリニック 院長 西川 和代 殿

私は、同意のもと、貴院に保管してある社会的適応（ノンメディカル）での未受精卵子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

社会的適応（ノンメディカル）での未受精卵子を保管継続する

1年間：71,500円(税込)

注)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 _____ 印

診療券番号 _____ (分からない方は生年月日を記載)

- * 同意年月日は必ずご記入ください。
- * 必ずご本人の自筆でお願いいたします。
- * 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