

## 凍結卵子・凍結精子(精巣)の保存期間延長についての同意書

エフ. クリニック院長 殿

私は熟考の結果、貴院に保存している保存期限が西暦\_\_\_\_\_年 月 末日(※)の

凍結卵子 ・ 凍結精子(凍結精巣組織を含む)

(注：保存している方に丸をお付けください)

を以下の期日まで継続保存する事を希望いたします。

**新保存期限：西暦\_\_\_\_\_年 月 末日まで**

(上記※の1年後をご記入ください)

西暦 \_\_\_\_\_年 月 日

住所

〒 \_\_\_\_\_

診察券番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日：昭和・平成 \_\_\_\_\_年 月 日

(連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

※署名は必ずご本人様が行ってください (代理の署名は認めません)