

凍結胚・凍結精子 延長保存同意書

(該当項目に○をしてください)

芝公園かみやまクリニック 院長 殿

芝公園かみやまクリニックにおける、

凍結胚 ・ 凍結精子 (該当項目に○をしてください) の延長保存を望みます。

凍結保存期間 : 平成 年 月 日 ~ 年 月 日

(ここは当院で記入致します)

平成 年 月 日

住 所

夫 氏名 _____ (印)

妻 氏名 _____ (印)

(連絡先 電話番号 _____)