

# 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 :                    年    月    日    ~    年    月    日

(ここは当院で記入致します)

年    月    日

住 所

---

---

夫 氏名                    \_\_\_\_\_ (印)

妻 氏名                    \_\_\_\_\_ (印)

( 連絡先 電話番号                    —                    —                    )