

胚凍結(6ヶ月)延長同意書

医療法人 小嶋医院

院長 小嶋清 殿

私達は、貴院で保存してある凍結胚について、保存期間が経過しますが、保存を6ヶ月延長します。この保存期間を過ぎて私の方から貴院へ連絡しなかった場合には、自動的に凍結を中止することに同意致します。

また、災害等やむを得ない事情により保存中の凍結胚が使用不可能になった場合には、貴院の責任を問わないことに予め同意致します。

平成 年 月 日

住所 _____

電話(自宅) _____

(携帯) _____

署名 (妻) _____ 印

署名 (夫) _____ 印