

## 凍結胚に関する申請書

日浅レディースクリニックにて(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に採卵した胚に関し、以下の申請をいたします。

医療法人 日浅レディースクリニック  
理事長 日浅 佳奈 殿

私は、凍結保存されている胚の凍結更新日の延長を、本書類の提出と凍結保存延長費用の支払いをもって申請いたします。

また私より、1年後の凍結更新日から3ヶ月以内に延長の申請がない場合、破棄される可能性があることに同意します。

下記の補足内容についても同意します。

申請年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

夫(自署)： \_\_\_\_\_

診察券番号： \_\_\_\_\_

妻(自署)： \_\_\_\_\_

診察券番号： \_\_\_\_\_

(補足)

- ・凍結胚が複数あり、採卵日が異なる場合は、採卵周期毎に延長手続きが必要です。
- ・連絡先が変更になった場合は、必ず当院までご連絡ください。
- ・離婚あるいはご夫婦のどちらか一方が死亡された場合は生殖補助医療による治療は中止となりますので、必ず当院までご連絡ください。

医療法人 日浅レディースクリニック  
〒810-0041  
福岡県福岡市中央区大名2丁目2-7  
092-726-6105