

凍結胚保管の更新書

年 月 日に凍結保存した凍結胚 個 本に関し、以下の申請を致します

保管継続の場合 ※ピンクの部分全てをご記入ください（記入漏れがあると受理できません）

松田ウイメンズクリニック 院長 松田 和洋 殿

凍結胚の保管継続を依頼致します

なお、保管に関する以下の項目に同意致します

- i) 「凍結胚保管の更新書の提出」と「凍結保管料金 自費 ¥35,000 / 保険適用（3割負担）¥10,500の納入」の両方により更新手続きが完了すること
- ii) 更新日までに完了しない場合は破棄の意思ありと判断し、更新日に予告なく破棄すること
- iii) 期限を過ぎての更新手続きに関して、凍結胚が破棄済であった場合、理由の如何を問わず一切の異議申し立てを行わないこと

西暦 年 月 日

住所 TEL

患者（妻）氏名 印 患者（夫）氏名 印

署名・捺印について：必ずそれぞれご本人が直筆で署名し、ご自身の手により捺印をお願いします。
ご自身以外の方が本人の了解なく署名・捺印すると有印私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。

継続と破棄の2箇所サインがある場合は更新書は無効となり、破棄処分となるのでご注意ください

破棄の場合 ※ブルーの部分全てをご記入ください（記入漏れがあると受理できません）

松田ウイメンズクリニック 院長 松田 和洋 殿

凍結胚の破棄を依頼致します

事情（離婚・死別等）により、ご夫婦の署名・捺印が揃わない場合は備考欄に理由をご記入ください
備考

西暦 年 月 日

住所 TEL

患者（妻）氏名 印 患者（夫）氏名 印

署名・捺印について：必ずそれぞれご本人が直筆で署名し、ご自身の手により捺印をお願いします。
ご自身以外の方が本人の了解なく署名・捺印すると有印私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。