

凍結胚保管期限の更新に関する同意書

医療法人 真心会 草津レディースクリニック

院長 森 敏恵 殿

理事長 野村 哲哉 殿

我々夫婦(事実婚を含む)は、下記の項目について十分に理解しましたので凍結胚保管期間を1年間更新する事を希望します。

1)以下の事態が生じた場合は凍結胚を処分する事に夫婦(事実婚を含む)ともに同意致します。

- ・凍結胚保管期限を超えても更新手続きがない場合
- ・ご夫婦が離婚した場合
- ・ご夫婦(事実婚であるパートナー)のうちどちらか一方が死亡した場合
- ・ご夫婦(事実婚であるパートナー)の関係が継続していない場合

2)凍結胚保管期限内に不慮の事態等(天災、火災、その他予測不可能な事態)で貴施設での診察が不可能となった場合、貴医療法人の管理下に相談していく事に同意致します。

3)凍結胚保管期限内に不慮の事態等(天災、火災、その他予測不可能な事態)で凍結胚を損壊もしくは喪失した場合、草津レディースクリニックは一切の責任を負うものではない事に同意致します。

*必ずご自分で署名をお願いします

*書類内容について連絡をさせて頂く事がありますので予めご了承ください

(記入日) 西暦 年 月 日

妻氏名(自署) : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日

住所 : _____

電話番号 : _____

夫氏名(自署) : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日

住所 : _____

電話番号 : _____

凍結胚の廃棄に関する同意書

医療法人 真心会 草津レディースクリニック
院長 森 敏恵 殿
理事長 野村 哲哉 殿

我々夫婦(事実婚を含む)は凍結胚を廃棄することを希望し、処分権を草津レディースクリニック側に移管する事に同意致します。

*必ずご自分で署名をお願いします

*書類内容について連絡をさせて頂く事がありますので予めご了承ください

(記入日) 西暦 年 月 日

妻氏名(自署) : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日

住所 : _____

電話番号 : _____

夫氏名(自署) : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日

住所 : _____

電話番号 : _____

凍結胚保管期限の更新に関する同意書

医療法人 真心会 草津レディースクリニック

院長 森 敏恵 殿

理事長 野村 哲哉 殿

我々夫婦(事実婚を含む)は、下記の項目について十分に理解しましたので凍結胚保管期間を1年間更新する事を希望します。

1)以下の事態が生じた場合は凍結胚を処分する事に夫婦(事実婚を含む)ともに同意致します。

- ・凍結胚保管期限を超えても更新手続きがない場合
- ・ご夫婦が離婚した場合
- ・ご夫婦(事実婚であるパートナー)のうちどちらか一方が死亡した場合
- ・ご夫婦(事実婚であるパートナー)の関係が継続していない場合

2)凍結胚保管期限内に不慮の事態等(天災、火災、その他予測不可能な事態)で貴施設での診察が不可能となった場合、貴医療法人の管理下に相談していく事に同意致します。

3)凍結胚保管期限内に不慮の事態等(天災、火災、その他予測不可能な事態)で凍結胚を損壊もしくは喪失した場合、草津レディースクリニックは一切の責任を負うものではない事に同意致します。

*必ずご自分で署名をお願いします

*書類内容について連絡をさせて頂く事がありますので予めご了承ください

(記入日) 西暦 年 月 日

妻氏名(自署) : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日

住所 : _____

電話番号 : _____

夫氏名(自署) : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日

住所 : _____

電話番号 : _____

凍結胚の廃棄に関する同意書

医療法人 真心会 草津レディースクリニック
院長 森 敏恵 殿
理事長 野村 哲哉 殿

我々夫婦(事実婚を含む)は凍結胚を廃棄することを希望し、処分権を草津レディースクリニック側に移管する事に同意致します。

*必ずご自分で署名をお願いします

*書類内容について連絡をさせて頂く事がありますので予めご了承ください

(記入日) 西暦 年 月 日

妻氏名(自署) : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日

住所 : _____

電話番号 : _____

夫氏名(自署) : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日

住所 : _____

電話番号 : _____