

精子の凍結保存延長に関する同意書

医療法人社団愛慈会
松本レディースクリニック
院長 松本 和紀

私たち夫婦は、平成 年 月 日 (※ご記入下さい)

に凍結し、既に凍結保存中の精子について、凍結保存管理の1年間の延長を依頼します。また凍結保存管理料金を支払います。

貴院において、万一凍結保存中の精子の紛失・死滅などが起きた場合には、凍結保存管理料金の返金を受け、それ以上の責任は問わないことを承諾いたします。尚、天災・火災・事故等、貴院の不可抗力による場合は、凍結保存管理料金の返金を求めません。

院長の急病等、クリニックの存続ができなくなって他の施設に精子を移転せざるを得なくなった場合は、新たな手続きや費用負担が発生することも承諾します。

平成 年 月 日

夫 氏名 (自署) 印

妻 氏名 (自署) 印

住 所 〒

電話番号

ID