

## 同意書 6-胚

# 胚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（※ご記入下さい）

に採卵し、既に凍結保存中の胚について、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、万一凍結保存中の胚の紛失が起きた場合、又は同一採卵の凍結胚すべてが死滅し一個も移植に至らなかった場合には、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。（一つの胚の割球の一部が変性し、死んでしまうことは、凍結、融解の過程で時に起こることです。）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胚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