

培養液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) 採卵時

の凍結保存中の培養液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、万一凍結保存中の培養液の紛失が起きた場合、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培養液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