

# 婚姻関係等申告書

(医) 愛慈会  
理事長 松本 玲央奈殿

私達は、貴クリニックを受診するにあたり、以下の事項について同意し治療を希望することを申告いたします。

同意事項 以下の口欄に☑を入れ、下記に署名してください。

- 1) 私たちは戸籍上の婚姻関係にあること。(法律婚)
- 2) 私たち双方とも、他に戸籍上の配偶者はいないこと。
- 3) 夫婦関係に変更(法律婚夫婦の離婚、事実婚夫婦の事実婚解消、事実婚夫婦の婚姻など)があった場合、速やかに申告すること。
- 4) 貴クリニックが相応の根拠に基づいて、他に婚姻関係が認められた場合には即時一切の治療(胚、精子の凍結保存を含む)を中止すること(凍結保存中の胚・精子の廃棄などを含む)。
- 5) 当院で治療を受け出産に至り児を得た場合、いかなる理由においても出生した児をパートナーは認知すること。

	同意年月日：	年	月	日
住所：	_____			
	ID No.	本人氏名(自署)：	_____	
		電話番号：	_____	
	同意年月日：	年	月	日
住所：	_____			
		電話番号：	_____	
	配偶者(パートナー)氏名(自署)：	(本人との続柄： _____)		

※自署を代筆することはできません。無断で代筆した場合、当院は一切責任を負いません。

※患者様控えとしてコピーをお渡ししますので大切に保管して下さい。

(医) 愛慈会  
MLC-207 202206294004