

凍結胚・卵子の保存期間延長(1年間)に関する同意書

ウイメンズクリニックふじみ野 院長 殿

このたび私たち夫婦は、すでに同意した不妊症の治療に関連する治療行為の一環として、以前凍結保存した胚・卵子の保管期間の延長（1年間）を希望し、同意書を提出します。

年 月 日

住所

電話

患者氏名（自署）

（診察券番号 ）

配偶者氏名（自署）

（診察券番号 ）