

凍結胚の保管延長申請書

神戸元町夢クリニック 院長 河内谷 敏 殿

われわれは、貴院にて現在凍結保管されているわれわれ夫婦の以下の卵子・胚の凍結保管延長を希望いたします。

<患者様記入欄> **※自筆欄は、必ずご夫婦それぞれが直筆でご記入ください。**

保管期間	(西暦) 年 月 日 までの <u>すべての凍結胚の保管延長</u> を申込みいたします。		
依頼日	(西暦) 年 月 日		
診察券番号 (妻)			
氏名 (妻)	(自筆) _____ ㊟	氏名 (夫)	(自筆) _____ ㊟
生年月日 (妻)	(西暦) 年 月 日	生年月日 (夫)	(西暦) 年 月 日
住所 (妻)	(〒 -) _____	住所 (夫)	(〒 -) _____
電話番号 (妻)	日中ご連絡がつく電話番号に○をつけて下記にご記入ください。 ----- (自宅・妻携帯) _____	電話番号 (夫)	日中ご連絡がつく電話番号に○をつけて下記にご記入ください。 ----- (自宅・夫携帯) _____

延長後の保管期間は、現在の保管期間終了日の翌日から1年間となります。

保管延長開始後、請求書を郵送させていただきます。

1年間の保管料33,000円(内消費税3,000円)を当院指定期限内にお支払いいただく事で、保管延長手続きが完了となります。

月割り・日割りでの精算は行っておりません。

本書類を提出後、延長希望を取りやめたい場合は、先ず当院に電話にてご連絡ください。

新たに『凍結胚の廃棄申請書/治療に用いない卵子・胚の医学研究や教育への活用に関する同意書』の提出が必要となります。

お申し出が保管延長開始後の場合は、保管延長分としての1年間の保管料はお支払いいただきます。

----- クリニック記入欄 -----

書類提出日	書類確認担当	内容確認担当	確認医師	担当培養士	事務処理担当