

# 凍結胚延長保管同意書

医療法人小埜医院つくば ART クリニック

理事長 小埜 理人 殿

私共は、協議の結果、  
貴院に預けている凍結胚の保管の延長を希望します（1年間）。

凍結日：20 年 月 日※要記入

20 年 月 日

〒  
住所 \_\_\_\_\_

本人氏名 診察券番号（ ） \_\_\_\_\_ (自筆署名)

パートナー氏名 診察券番号（ ） \_\_\_\_\_ (自筆署名)

緊急連絡先 本人 携帯番号 \_\_\_\_\_

パートナー 携帯番号 \_\_\_\_\_

## 《注意事項》

凍結胚保管期限日については、当院医師・スタッフよりお知らせする事はありません。  
ご自身で確認、管理をして下さい。