

凍結精子保存延長同意書

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

私は、貴院に預けている凍結精子の保存の延長を希望します(1年間)。

凍結日：20 年 月 日 **※要記入**

※凍結日より、5年で満期となります。

6年以上は延長手続きができません。

20 年 月 日

住所 〒 _____

本人(男) _____ (自筆署名)

生年月日 _____ 年 月 日

緊急連絡先 本人 携帯番号 _____

《注意事項》

※凍結精子保存期限日については、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。