

## 凍結胚保存期間延長申請書

医療法人 珀晴会 ARTソレイユクリニック

理事長 村川 晴生 殿

凍結保存開始日： 年 月 日 (凍結番号： )

私たち夫婦は、貴院に保管されている上記の凍結胚について、1年間の凍結保存期間を延長したく、ここに申請します。

延長手続きを行う方は以下の問いにお答え下さい。

今後、当院からの郵便物に対し、差出人に病院名の表記を (了承します・了承しません)。

※どちらかに○をお願いします。「了承しません」や○がない場合には、差出人は理事長名となります。

申請年月日： 年 月 日

郵便番号： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

TEL： ( ) \_\_\_\_\_ 最も連絡のつきやすい番号をご記入ください

診察券番号： \_\_\_\_\_ 夫氏名 (自署)

診察券番号： \_\_\_\_\_ 妻氏名 (自署)

注1：記入漏れなど、書類に不備のある場合には再度、書類提出をお願いする場合があります。

注2：提出していただいた後、患者さま控えとしてコピーをお渡ししますので、大切に保管してください。