

凍結胚保存延長同意書

私達夫婦は、下記の事項を十分理解した上で現在保管中の凍結胚の保存期間延長を希望します。個人情報の取り扱いについては貴院の方針に従います。

1. 延長期間は、**最大1年**であることを承知しました。
2. **保管期間内に胚移植治療を行う必要がある**ことを理解しました。
 - *注意1：連絡先の変更があった場合は必ず連絡します。
 - *注意2：日本産婦人科学会会告‘胚の凍結保存期間は、夫婦の婚姻の継続期間のみとする’に従い、離婚した場合、凍結胚は破棄することに同意し、必ず戸籍謄本の写しを提出致します。
 - *注意3：**延長期間内に連絡の無い場合は貴院が胚を廃棄することに同意します。**
 - *注意4：延長に伴う費用が発生し指定口座に振り込みが必要なこと、同意書提出後であっても費用の振り込みがない場合には、延長を中止し廃棄になることに同意します。

2. 保管延長期間経過後に胚を廃棄処分します。廃棄前に凍結・融解技術改善のために胚を使用することがあります。(但し、胚移植目的には使用しません)
廃棄前に使用することに

同意します 同意しません

3. 胚凍結保存期間中に予測できない地震や火事などの天災、その他の災害が起こった場合、胚の損傷・紛失が生じる可能性もあることを理解しました。
4. 同意書提出後でも凍結胚保存延長前であれば、内容の変更や中止が可能であることを理解しました。

延長保存期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保存延長費用 55,000 円 (消費税込み)



施設責任者 広島HARTクリニック院長 向田 哲規

_____ 年 _____ 月 _____ 日 受取ナース

年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

妻 直筆署名 _____

夫 直筆署名 _____

同意書のコピーをお渡ししますので大切に保管してください。