

凍結胚保存継続 同意書

彦名レディスライフクリニック 院長 井庭信幸 殿

担当 井庭裕美子 殿

彦名レディスライフクリニックで保存している凍結胚の保存継続を希望します。

住所：

連絡先電話番号：

夫 ID 夫署名（直筆）

妻 ID 妻署名（直筆）

同意日：西暦 年 月 日

枠内すべてご記入ください。必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

* 注意事項

- ・凍結胚保存継続の手続きは本書のご提出と更新費用のお支払いにより完了となります。書類の提出は郵送あるいは当院窓口のいずれかで、お支払いは口座振込あるいは当院窓口のいずれかで承ります。
- ・更新費用は 22,000 円（税込み）です。
- ・更新手続きの受付期間は凍結保存期限日の 1 ヶ月後までです。
- ・更新費用は初回治療周期にて最終に凍結した日付で請求となります。
- ・初回治療周期の凍結胚を融解によりすべて使用した場合は、更新費用は 2 回目治療周期にて最終に凍結した日付で請求となります。