



更新

凍結卵子更新申請書

嶋田秀仁 院長 殿

同意年月日：西暦20 年 月 日

西暦20 年 月 日 期限の凍結卵子について更新手続きを申請いたします。

患者番号： _____

フリガナ

氏名： _____ 印

住所：〒 _____

電話番号： _____

この枠内は当院記入欄

延長後の凍結卵子保存期限： 西暦 20 年 月 日 まで

保存期限についての事前通知は行っておりません。期限切れにご注意ください。

同意書に署名・捺印をされる際は、凍結卵子保存延長について、当院の規定を十分に理解し、又、本治療経過中もしくは治療後のいかなる事態についても事前に説明を受けた事柄については一切の異議を申し立てないことに同意して頂きます。

【注意点】

- ・延長保存を希望、もしくは希望されない場合でも、必ずお手続きが必要です。
- ・当院より保管期限のご連絡は行っておりません。患者様ご本人で管理をお願いいたします。
- ・保存期間の更新は1年ごとです。
- ・申請書は必ず御本人が直筆でご署名・ご捺印をお願い致します。
- ・更新料に日割り、月割りはございません。
- ・原則として保存期限満了日から1ヶ月を過ぎた場合、お手続きはお受け致しかねます。
- ・更新手続き申請後は、いかなる場合も更新料のご返金は出来ません。