

保管継続同意書（卵子）

ART クリニックみらい
院長 村田 泰隆 殿

私たち夫婦は、貴院における治療のため、凍結卵子の管理・保管を依頼して
ました。この度、夫婦の同意のもと保管期間を1年間延長することを希望致しま
す。

同意年月日 20 年 月 日

住所 〒 _____ 電話番号 _____

女性 診察券番号 _____ 氏名 _____

男性 診察券番号 _____ 氏名 _____

説明者

村田 泰隆