

## 保管継続同意書（受精卵）

ART クリニックみらい  
院長 村田 泰隆 殿

私たちは、貴院における治療のため、凍結受精卵の管理・保管を依頼してまいりました。この度、両者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 \_\_\_\_\_

※ 必ずご本人が直筆で署名してください

※ 万一署名の真偽に関わる問題が生じても責任を負うことはできません

説明者

村田 泰隆