

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