

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

私たち夫婦は、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
いました。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 西暦 年 月 日

住所 〒 _____ 電話番号 _____

妻 診察券番号 _____ 氏名 _____ 印

夫 診察券番号 _____ 氏名 _____ 印

説明者

村田 泰隆