

## 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  
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