

(患者様控え) 郵送の方は郵送不要です
来院の方はご持参ください

凍結精子の凍結保存期間更新の同意書

愛育会 福田病院 病院長 殿

私は、貴院で精子を凍結保存しました。

下記の事項において同意の下、凍結精子について凍結保存期間の更新を依頼します。

私は、凍結保存期間の**1年間の延長**に同意します。なお、延長された保管期間中に住所・電話番号の変更が生じた場合は、速やかに貴院へ文書で連絡します。

*いずれかの□にチェックをいれてください。

- 更新希望（保険）のため、来院して手続きを行います。
- 更新希望（自費）のため、来院して手続きを行います。
- 更新希望（自費）のため、郵送で手続きを行います。____月____日に更新料を振込みました。

本書の記入はすべて本人によるもので、更新の内容は上記のとおり相違ありません。

____年 ____月 ____日 記入

患者番号：_____（患者番号は、診察券に記載のある番号です）

現住所：_____

本人氏名（自署）：_____

電話番号：_____

保護者氏名（未成年の場合）（自署）：_____

電話番号：_____

(病院控え) 郵送の方は郵送ください
来院の方はご持参ください

凍結精子の凍結保存期間更新の同意書

愛育会 福田病院 病院長 殿

私は、貴院で精子を凍結保存しました。

下記の事項において同意の下、凍結精子について凍結保存期間の更新を依頼します。

私は、凍結保存期間の **1年間の延長**に同意します。なお、延長された保管期間中に住所・電話番号の変更が生じた場合は、速やかに貴院へ文書で連絡します。

*いずれかの□にチェックをいれてください。

- 更新希望のため、来院して手続きを行います。
- 更新希望のため、郵送で手続きを行います。____月____日に更新料を振込みました。

本書の記入はすべて本人によるもので、更新の内容は上記のとおり相違ありません。

____年 ____月 ____日 記入

患者番号：_____ (患者番号は、診察券に記載のある番号です)

現住所：_____

本人氏名 (自署)：_____

電話番号：_____

保護者氏名 (未成年の場合) (自署)：_____

電話番号：_____