精子凍結保存**継続**同意書

みのうらレディースクリニック　殿

私たちは、精子の凍結保存期間の延長に同意いたします。精子の保存・管理を貴院に一任し、初回の凍結保存の際に医師あるいは胚培養士から説明を受けた下記の事項に同意します。

下記の各事項を承諾し不明な点が なければ、左端の□欄に☑を入れ、署名して下さい。

□ 1　融解後精子が蘇生しない場合がある。

□ 2　凍結保存期間は初回の凍結日（年間保存料の発生した日）から一年とし、その時期を経過し凍結継続を希望する場合は更新日から30日後の間に自ら来院し、凍結保存更新手続きを行い保存料金を支払う。

□ 3　保存期間を過ぎて申し出がない場合、保存の更新料の支払いを行っていない場合および精子凍結保存継続同意書の提出を行っていない場合は廃棄処分する。

□ 4　廃棄を希望する場合は保存期限に関わらず当院に連絡する。

□ 4　天災など予期せぬ事情（地震、火災、凍結容器の異常など）で使用不可能になった場合の責任の弁済を放棄する。

□ 5　本人が死亡した場合廃棄処分する。

□ 6　当院が閉院した場合廃棄処分する。

□ 7　住所など連絡先に変更があった場合、婚姻関係が消失した場合は連絡する。

□ 8　自宅に封書・もしくは電話で連絡を受ける。

□ 10　別紙「精子の凍結保存について」を熟読し、理解しました。

説明者：　箕浦　博之

西暦　　年　　月　　日

夫　　住所 _____

　　氏名 _____

妻　　住所 _____

　　氏名 _____

電話 _____

みのうらレディースクリニック