

(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 **I 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： _____