

凍結胚・凍結精子の延長保存同意書

城山公園すずきクリニック 院長 殿

私たち夫婦は、協議の上で城山公園すずきクリニックに凍結保存している以下の

- 凍結胚
- 凍結精子

をすべて延長保存することに同意します。

凍結保存期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

同意日 令和_____年_____月_____日

住所 _____

患者(妻)署名 (自署) _____ 印

配偶者(夫)署名 (自署) _____ 印