

# 凍結胚の保管期限延長申込書

さっぽろ ART クリニック 院長 殿

私たち夫婦は、さっぽろ ART クリニックにて保管してある凍結胚の保管期限延長更新を申し込みます。

また凍結胚の保管に関して、別紙「凍結胚の保管に関する重要事項」の内容に同意します。

手続きは **保険** ・ **自費** で行います。(保険か自費に○をご記入ください。)

(今回、保管期限延長更新を希望する凍結胚の期限を以下にご記入ください。)

保管期限：20 年 月末日  
保管期限：20 年 月末日  
保管期限：20 年 月末日  
保管期限：20 年 月末日  
保管期限：20 年 月末日

申込日：20 年 月 日 (更新料振込み日(自費の場合)：20 年 月 日)

住所：〒

電話番号：

夫氏名(自署)：ID 氏名

妻氏名(自署)：ID 氏名

※必ずそれぞれご本人が直筆で署名してください

クリニック確認欄

クリニック確認欄