

凍結卵子に関する申請書

医療法人蔵本ウイメンズクリニックにて凍結保存し、____年__月末日が保存期限となっている凍結卵子に関し、以下の申請をいたします。

医療法人蔵本ウイメンズクリニック
理事長 蔵本 武志 殿

私は、____年__月末日が保存期限となっている凍結卵子を1年間**保存延長**することを
依頼します。

また、1年後、私より期限までに延長の申請がない場合は、破棄することに同意します。

____年__月__日

ご本人

ID 番号

生年月日

署名(直筆)

住所：〒

電話番号

保証人(ご本人以外で、ご連絡のつく方をお願いします。)

署名(直筆)

〔ご本人と異なる住所、連絡先(電話番号)の場合にご記入をお願いします。〕

住所：〒

電話番号

*** 署名について：必ずご本人が自筆で署名をお願いします。**

患者様の大切な保存物の手続きです。
お手数ですが記入後に再度、確認をお願いいたします。