

凍結胚の保存延長申請書

年 月 日

医療法人授幸会
久永婦人科クリニック院長殿

私ども夫婦は貴院にて凍結保存されている凍結胚の保存延長を申請いたします。
(年 月 日～ 年分)

住所 (〒)

診察券番号 () 夫 (自署)

診察券番号 () 妻 (自署)

・・・・・・・・・・・・・・・・・・キリトリ・・・・・・・・・・・・・・・・

確認事項

自費での2年目以降の凍結延長費用は38,500円/年(消費税込)となっております。期限までにご連絡がない場合には廃棄処分となりますのでご注意ください。

尚、費用に関しては今後、治療費の見直しに伴い変更となりますのでご注意ください。

また、延長をご希望でない場合には『廃棄申請書』に署名(自署)のうえ当院まで郵送ください。

当院規定に従い廃棄処分とさせていただきます。

医療法人授幸会 久永婦人科クリニック