

凍結精子 継続依頼書

医療法人社団晴晃会 育良クリニック 院長 浦野 晃義

希望する項目の□にチェックを忘れずにご記入ください。

- 私は、貴院に保管している下記の精子の凍結保存の継続を希望します。
- 私は、貴院に保管している下記の精子の凍結保存の継続をせず、廃棄を希望します。

凍結日：西暦 年 月 日 (凍結保存期間は凍結日を基点とします。)

患者：診察券番号 _____

署名 _____ 同意日：西暦 年 月 日

住所：〒 _____

振込日：西暦 年 月 日 ※お振込の方のみご記入下さい。

必ずご本人が直筆でご署名をお願い致します。ご本人以外の方が署名された場合、当院は一切責任を負いません。

- 凍結保存継続の手続きは本書のご提出と翌年分の凍結更新費用のお支払いにより完了となります。凍結保存期限満了は、凍結日を基点とし1年毎の更新が必要です。
- 精子凍結更新費用：11,000円(税込) 凍結個数に関係なく1年間の費用です。
(凍結保存期限満了日から1年間:1年以内に融解・使用・廃棄した場合、返金はありません。)
- 書類の提出は、郵送あるいは当院窓口に直接ご持参ください。お支払いは銀行振込み(当院指定の下記口座)あるいは当院窓口のいずれかで承ります。
振込みをご希望の場合は、更新費用の振込みを先に行なった上、必ず振込日を記入してください。振込み日から1週間以内に継続依頼書の郵送をお願いします。
- 凍結保存継続をご希望の場合には、凍結保存期限満了日までに更新の手続きが必要です。更新の手続きがない場合には、凍結保存物の所有権を放棄されたものとみなし、廃棄いたしますのでご注意ください。
- 下記の場合は患者さまの意思に関わらず、凍結保存物が廃棄されます。
行方不明または死亡した場合、生殖年齢を超えた場合、凍結保存継続の更新手続きがされなかった場合、天災や災害などの不可抗力的な要因により凍結保存物に損傷や紛失が生じた場合

振込先 みずほ銀行 中目黒支店 店番号 132

普通預金 口座番号 1789435

医療法人社団 晴晃会

※お名前の前に「診察券番号」、お名前の後に「凍結日」を西暦で入力してください。