

# 凍結胚保存の継続依頼書

医療法人セントポーリア 操レディースホスピタル

院長 高野 恭平 殿

凍結保存の継続を希望いたします。

来院の上、1年間の保存延長料金をお支払いいたします。

以下すべてご記入ください。

申請年月日 西暦 年 月 日 (西暦 年分)

更新する年をご記入ください。

診察券番号 \_\_\_\_\_

現住所 (〒 - )

住所変更があった場合は提出時に必ずお申し出ください。

夫氏名(直筆) \_\_\_\_\_ ⑨ TEL \_\_\_\_\_

妻氏名(直筆) \_\_\_\_\_ ⑨ TEL \_\_\_\_\_

※必ずご本人が直筆で署名(フルネーム)・捺印をお願いいたします。ご本人以外の方が本人の了解なく署名・捺印すると有印私文書偽造に該当いたしますのでご注意ください。

※ご記入後は、ご自身でコピーを取り控えとして大切に保管してください。

※保険凍結胚更新ルール・凍結開始日要確認※

当院記入欄 延長料金確認 ( 済 ・ 未 )

