

凍結保存期限延長・廃棄申請書

高橋レディースクリニックにて20 年 月 日に凍結保存した『受精卵・卵子』に関して、以下の申請を致します。

※来院での手続きや質問等の電話は診療日 9：00～12：00、14：00～16：00 お願いします。

【凍結保存期限延長を希望する方】 下記へ必要事項を記載してください。

医療法人社団ともみ会 高橋レディースクリニック

院長 高橋 具視 殿

凍結保存（受精卵・卵子）の凍結保存期限の延長を申請致します。

20 年 月 日

妻 診察券番号 _____ 氏名 _____ 印

夫 診察券番号 _____ 氏名 _____ 印

連絡先

住所 〒 _____

電話番号 _____

※ ご夫婦それぞれ、ご本人が直筆で署名のうえ捺印して下さい。

凍結保存期限延長代金(税込 77,000 円)の支払い方法を欄にを入れ選択してください。

来院にて支払い

銀行振り込み（ご依頼人名の前に診察券番号を入力してください。例）01234 タカハシハナコ）

指定口座：千葉銀行 白井支店（店番号:298） 普通預金

口座番号：3208581

口座名：医療法人社団 ともみ会 高橋レディースクリニック 理事長 高橋具視

※ 銀行振り込みされる場合は申請書を送付後、2週間以内にお願ひ致します。

【凍結保存の廃棄を希望する方】 下記へ必要事項を記載してください。

医療法人社団ともみ会 高橋レディースクリニック

院長 高橋 具視 殿

凍結保存（受精卵・卵子）の廃棄を申請致します。

20 年 月 日

妻 診察券番号 _____ 氏名 _____ 印

夫 診察券番号 _____ 氏名 _____ 印

連絡先

住所 〒 _____

電話番号 _____

※ ご夫婦それぞれ、ご本人が直筆で署名のうえ捺印して下さい。