

凍結胚移送の希望書ならびに同意書（提出用）

私たち夫婦は、自らの意志で合意の上、セントベビークリニックで採卵、培養、凍結した胚を当院で設定した料金を支払い、他施設に移送することを希望する。

移送は、移送先医療施設と患者によって行い、セントベビークリニックはその過程に一切関与しない。

移送後の胚のダメージ、融解、移植、その後の結果に関して、セントベビークリニックには一切の責任を問わない。

患者： 妻 診察券番号 _____
住所 〒 _____
フリガナ
氏名 _____

患者： 夫 診察券番号 _____
住所 〒 _____
フリガナ
氏名 _____

上記に署名がない場合、当日までに未提出の場合は、胚の移送は実施できません。

凍結胚移送の希望書ならびに同意書（患者さま控え）

私たち夫婦は、自らの意志で合意の上、セントベビークリニックで採卵、培養、凍結した胚を他施設に移送することを希望する。

移送は、移送先医療施設と患者によって行い、セントベビークリニックはその過程に一切関与しない。

移送後の胚のダメージ、融解、移植、その後の結果に関して、セントベビークリニックには一切の責任を問わない。

患者： 妻 診察券番号 _____

住所 〒 _____

フリガナ
氏名 _____

患者： 夫 診察券番号 _____

住所 〒 _____

フリガナ
氏名 _____

上記に署名がない場合、当日までに未提出の場合は、胚の移送は実施できません。