

# 凍結保存更新申請書

セントベビークリニック 院長 殿

私たち夫婦（私）は合意の上、保存更新を申し込みます。

凍結保存期限 \_\_\_\_年\_\_月末の胚と、\_\_\_\_年\_\_月末の胚

凍結保存期限 \_\_\_\_年\_\_月末の未受精卵

凍結保存期限 \_\_\_\_年\_\_月末の精子

(をしてください。)

\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

奥様の診察券番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

ご主人の診察券番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_