

凍結精子保存延長の依頼書

幸の鳥レディースクリニック院長 ささ山高宏 殿

私は、幸の鳥レディースクリニックで（凍結日（起点日）：西暦 年 月 日）に

凍結された精子の保存期間を1年延長することを希望いたします。

ただし、以下の場合には凍結保存してある精子が廃棄されることに同意いたします。

1. 精子の凍結保存期間が過ぎても、さらなる凍結保存延長の意思を文書にて通知せず、凍結保存延長のための費用の支払いがない場合。
2. 保存期限（凍結日より10年間）を過ぎた場合。
3. ご本人が死亡、または行方不明の場合。
4. 災害や不慮の事態により凍結精子が使用できなくなった場合。

同意年月日： 年 月 日

診察券番号 (奥様の診察券番号も可)

ご本人（夫） 氏名（自署）：

住所：〒

連絡先：

親権者 氏名（自署）：（続柄：）

住所（ご本人の欄と違う場合のみ記載してください）：

〒

連絡先：

署名について：必ずご本人が自筆で署名をお願いいたします。

ご本人以外の方が本人の了承なく署名すると有印私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。