

院長	受付①	受付②	培養①	培養②

## 凍結精子の更新/廃棄依頼書

A R T女性クリニック院長 小山伸夫 殿

私は、精子を凍結（または保存期間の延長更新）し、1年が経過しました。

この度、凍結胚の凍結保存期間の 更新・廃棄・一部更新 を依頼いたします。  
(いずれかに○をして下さい。)

すべて更新の場合

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日に凍結保存した凍結精子を、すべて更新いたします。

すべて廃棄の場合

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日に凍結保存した凍結精子を、すべて廃棄いたします。

一部更新、一部廃棄の場合

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日に凍結保存した凍結精子を、本更新、本廃棄いたします。

(記入日) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者様住所

本人 ID: \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (自署の場合は押印不要)

配偶者 ID: \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (自署の場合は押印不要)

\*本人が未成年の場合

(本人との続柄: \_\_\_\_\_) 親権者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (自署の場合は押印不要)

郵送による更新を希望します。

この度、窓口での更新手続きを行わず、郵送による更新を行うため、貴院からの更新代金・振込先をメールで受信する際、以下のメールアドレスへの送信を望みます。

保険による更新を希望します。

### 保険治療計画証明

この度、凍結精子の保存期限の延長をするにあたり、保険での更新を希望します。

(医師記入欄)

保険による更新が可能である事を証明する。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医師名: \_\_\_\_\_