

治療継続条件書

貴殿は、貴殿の凍結保存延長の意思を確認するため当院から書留郵便にて送付した「凍結胚・卵子・精子凍結 保存意思確認のお知らせ」に記載された返送期限をお守り頂けませんでした。

このような場合、当院は、今後、貴殿が引き続き当院での治療を希望される際には、下記条件にご同意いただき、ご夫婦のご署名とご捺印をいただくことを治療継続の条件としております。

なお、本書面のご提出はご来院にてお願い致します。郵送は受け付けておりませんのでご注意ください。

※以下の条件についてご同意いただける場合には、「妻印」の欄又は「夫印」の欄の該当箇所に、ご夫婦それぞれがご捺印いただいた上、下記の「記入日」、「診察券番号」、「妻署名」、「夫署名」、「住所」の各欄に記入又は署名押印下さい。

【条件の表示】

- 妻印 ⑨ 今後、当院が発送した「凍結胚・卵子・精子凍結保存意思確認のお知らせ」記載の返送期限内に、貴殿から書類の返送又は費用の振込みのいずれか一方が無い場合には、貴殿において、凍結保存延長の意思が無く、かつ、凍結胚・卵子・精子の所有権を放棄したものとみなし、当該凍結胚・卵子・精子の処分権は当院に帰属し、上記返送期限の翌日以降、当院において当該凍結胚・精子・卵子を廃棄処分します。
- 夫印 ⑨

医療法人社団暁慶会 理事長 原利夫殿

私達は上記について同意し、遵守することを約束します。

記入日： 年 月 日	診察券番号：
妻署名 ⑨	夫署名 ⑨
住所：〒	

当院使用欄

1部コピーを患者様渡し	日付： 年 月 日	実施者：
同意書受領のカルテ記録	日付： 年 月 日	実施者：
スキャンしカルテ内データ保存	日付： 年 月 日	実施者：
原本保管 BOX IN	日付： 年 月 日	実施者：