

【胚・卵子・精子凍結保存の更新又は、破棄のご案内】

現在お預かりしている凍結(胚・卵子・精子)は、1年毎にご自身でお手続きが必要です。

- ・更新及び破棄、いずれの場合も**必ず保存期限が切れる前**にお手続き下さい。
(当院からの更新のお知らせはございませんので、患者様ご自身での管理をお願い致します)
- ・保存期間内にお手続きがない場合は、保存期間終了から3ヶ月で破棄のご意思と判断させて頂くとともに、管理終了月から破棄までの管理費用として保存期間延長代をご請求させて頂く場合がございます。また期限内の手続きがなされなかった際の、胚等が破棄済みだった場合の異議申し立てについては一切受け付けておりませんので、ご了承ください。
- ・申込書は当院ホームページより、ダウンロードすることができます。
- ・凍結周期の異なるものについては凍結周期ごとでのお手続きが必要となりますので、ご注意ください。

◆更新お手続き方法

【ご来院の場合】

必ず事前にご連絡の上、「胚・卵子・精子の保存期限更新又は、破棄に関する申込書」(署名済)と更新料をご持参下さい。(受付時間 9:00~17:00)

【現金書留の場合】

「胚・卵子・精子の保存期限更新又は、破棄に関する申込書」(署名済)と更新料を現金書留にて当院宛にご郵送下さい。

【銀行振込+申込書郵送の場合】

下記口座に更新料をお振込みいただいた後、別途**必ず**「胚・卵子・精子の保存期限更新又は、破棄に関する申込書」(署名済)も当院宛にご郵送下さい。

三菱 UFJ 銀行 麻布支店
普通口座:0336021
医療法人社団 翔智会
理事長 山中 智哉

○更新費用(税込)
凍結胚更新料 (1年) ¥33,000
凍結卵子更新料 (1年) ¥55,000
凍結精子更新料 (1年) ¥11,000

◆破棄のお手続き方法

「胚・卵子・精子の保存期限更新又は、破棄に関する申込書」のB欄へ署名、凍結番号を必ず記入し、当院宛にご郵送、もしくはご来院下さい。

※ご郵送の場合、手続き完了の連絡は差し上げておりませんので、領収書が必要な方は返信用封筒(切手貼付)をご同封お願いします。

※ご署名は、必ずご夫婦それぞれご本人が直筆でご署名をお願い致します。

○郵送先

〒106-0045

東京都港区麻布十番 1-5-18 カートブラン麻布十番 3階・5階

麻布モンテアールレディースクリニック 受付宛

【更新期限等ご不明な点がございましたら、こちらまでお問い合わせ下さい】

TEL:03-6804-3208

※なお、本紙とお手続きに行き違いが生じた際は、何卒ご容赦ください。

【凍結胚の保存期限更新又は、破棄に関する申込書】

【保存期限： 年 月末日】凍結胚について保存期限延長（1年）の申込みをします。

※（A）または、（B）どちらかにご記入お願い致します

（A）更新の申込

麻布モンテアールレディースクリニック 院長 殿 私達夫婦は、麻布モンテアールレディースクリニックにて保存した胚の 保存期限延長（1年） を申し込みいたします。 同意年月日： 年 月 日 住所：〒 電話番号： ID： 夫 氏名（自署）： _____ ID： 妻 氏名（自署）： _____

（B）破棄の申込

麻布モンテアールレディースクリニック 院長 殿 私達夫婦は、麻布モンテアールレディースクリニックにて保存した胚の 破棄 を申し込みいたします。 同意年月日： 年 月 日 住所：〒 電話番号： ID： 夫 氏名（自署）： _____ ID： 妻 氏名（自署）： _____ ※破棄する胚：合計 _____ 個 ※凍結胚番号（破棄の場合は必ず記入お願い致します） No. _____ No. _____ No. _____ No. _____ No. _____ No. _____ No. _____ No. _____ No. _____
--

※凍結胚番号が分からない場合は、当院にお問い合わせ下さい。

【凍結精子の保存期限更新又は、破棄に関する申込書】

【保存期限： 年 月末日】凍結精子について保存期限延長（1年）の申込みをします。

※（A）または、（B）どちらかにご記入お願い致します

（A）更新の申込 ※こちらは凍結精子用申込書です

麻布モンテアールレディースクリニック 院長 殿
私達夫婦は、麻布モンテアールレディースクリニックにて保存した精子の
保存期限延長（1年）を申し込みいたします。

同意年月日： 年 月 日
住所：〒

電話番号：
ID：
夫 氏名（自署）： _____
ID：
妻 氏名（自署）： _____

（B）破棄の申込 ※こちらは凍結精子用申込書です

麻布モンテアールレディースクリニック 院長 殿
私達夫婦は、麻布モンテアールレディースクリニックにて保存した精子の
破棄を申し込みいたします。

同意年月日： 年 月 日
住所：〒

電話番号：
ID：
夫 氏名（自署）： _____
ID：
妻 氏名（自署）： _____

※破棄する精子：合計 _____ 個
※凍結精子番号（破棄の場合は必ず記入お願い致します）

No. _____	No. _____	No. _____
No. _____	No. _____	No. _____
No. _____	No. _____	No. _____

※凍結精子番号が分からない場合は、当院にお問い合わせ下さい。

【凍結卵子の保存期限更新又は、破棄に関する申込書】

【保存期限： 年 月末日】凍結卵子について保存期限延長（1年）の申込みをします。

※（A）または、（B）どちらかにご記入お願い致します

（A）更新の申込 ※こちらは凍結卵子用申込書です

麻布モンテアールレディースクリニック 院長 殿

私は、麻布モンテアールレディースクリニックにて保存した卵子の

保存期限延長（1年）を申し込みいたします。

同意年月日： 年 月 日

住所：〒

電話番号：

ID：

氏名（自署）：_____

（B）破棄の申込 ※こちらは凍結卵子専用申込書です

麻布モンテアールレディースクリニック 院長 殿

私は、麻布モンテアールレディースクリニックにて保存した卵子の

破棄を申し込みいたします。

同意年月日： 年 月 日

住所：〒

電話番号：

ID：

氏名（自署）：_____

※破棄する卵子：合計 _____ 個

※凍結卵子番号（破棄の場合は必ず記入お願い致します）

No. _____ No. _____ No. _____

No. _____ No. _____ No. _____

No. _____ No. _____ No. _____

※凍結卵子番号が分からない場合は、当院にお問い合わせ下さい。