

凍結胚保存更新同意書

私たちは 令和 年 月 日時点において井上善レディースクリニックで保管している凍結胚の保存期間を1年間更新することを依頼致します。また、融解時に良好な受精卵・胚が得られることが確定ではないことを凍結保存申し込み時に文書で説明を受けており、さらに以下の付帯条項につきましても十分理解し、納得致しましたので、従うことに夫婦ともに同意します。

1. 保存期間中に住所・電話番号の変更が生じたら、速やかに井上善レディースクリニックに連絡する。
2. 本依頼書により更新した1年を過ぎてから保存期間を延長したい場合には1年ごとの更新を要し、書類を提出することによって更新手続きを取る。凍結開始からの保存期間は最長で5年間とする（事情により例外あり）。
3. この期間が過ぎ、次の更新確認の際に連絡が取れない場合には、保存胚を処分する権利は井上善レディースクリニックに帰属する。
4. この期間内に夫婦の片方または両方が死亡あるいは行方不明になった場合や夫婦が離婚した場合には井上善レディースクリニックの原則として保存胚は凍結保存を中止する。
5. 4. に際しての保存胚の処理に関して双方の意見が食い違う場合は法的機関（裁判所など）の判断に委ね、これに従う。
6. この期間内に万一の不慮の事故（火災や地震などの天災）で保存胚を損壊もしくは喪失した場合、井上善レディースクリニックは一切の責任を負うものではない（但し当該年度の保管費については返却する）

医療法人 井上善レディースクリニック
院長殿

令和 年 月 日

現住所：〒 _____

電話番号：(_____) _____

妻の氏名： _____ (自著下さい)

夫の氏名： _____ (自著下さい)