

年 凍結胚 保存延長申請書

常滑市民病院 院長殿

凍結保存の継続を希望いたします。
来院の上、1年間の保存延長料金をお支払いいたします。

以下すべてご記入ください。

| | | | |
|----------|-----------------------------|------|---|
| 申請年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 現住所 | (〒 -) | | |
| | ※住所変更があった場合は提出時に必ずお申し出ください。 | | |
| 電話番号 | (携帯) | (自宅) | |
| 診察券番号(妻) | | | |
| 氏名(夫) | | | 印 |
| 氏名(妻) | | | 印 |

※必ずご本人が直筆で署名・捺印していただきますようお願いいたします。ご本人以外の方が本人の承諾なく署名・捺印すると有印私文書偽造罪が成立することがありますのでご注意ください。

当院記入欄 延長料金確認(済・未)