

当院へ胚・配偶子の移送を希望される方へ

ご本人様 _____

配偶者（またはパートナー）様 _____

1. 現在、胚・精子・卵子が保管されている医療機関はどちらですか？

医療機関名 _____

所在地 _____ 県 _____ 市・区 _____

TEL _____

2. 現在、保管されている医療機関とは、移送に関して確認はとれていますか？

はい ・ いいえ

3. 移送を希望する検体に○と、詳細をご記入お願いいたします。

（ 胚 ） _____ 個 _____ 本

（ 精子 ） _____ 本

（ 卵子 ） _____ 個 _____

ご記入ありがとうございました。

書き終わりましたら、来院時に受付に提出をお願いいたします。

また、来院時はご本人および配偶者（またはパートナー）揃ってご受診ください。

移送に関わる料金は、受診時にお話しいたします。

現在保存中の医療機関での移送に関わる料金も合わせてご確認ください。