

동결 생식세포 보존 연장 신청서

- 등록번호:
- 본인: _____ - 배우자: _____
- 잔여동결(_____): (_____ 일 배양)(_____) _____ 개
- 동결보존일: _____ 년 _____ 월 _____ 일
- 보관만료일: _____ 년 _____ 월 _____ 일

우리 부부는 귀 병원에서 동결 보관중인 생식세포의 의무 보존기간이 만료됨에 따라 동결 보존의 기간 연장을 신청합니다.

보존 기간 연장 신청

1년 보관연장만료일: _____ 년 _____ 월 _____ 일

※ 동의권자가 임신의 목적으로 잔여 생식세포의 보존을 원하는 경우 5년 이내로 보존기간을 정할수 있으며, 보존기간이 경과한 잔여배아는 관련법령에 따라 폐기됨을 알려드립니다.

※ 1년 신청 후 재 연장을 원할 경우 만료일 전에 반드시 연락 바랍니다.

※ 보존 기간 내 연락 불가 및 미연장시 자택으로 관련 우편물 발송 후 생명윤리 및 안전에 관한 법률에 의거 자동 폐기됩니다.

※ 연장 비용은 계좌입금만 가능하며 본인 이름으로 입금해주시기 바랍니다.

(현금영수증 번호: _____)

_____ 년 _____ 월 _____ 일

- 본 인: (서 명) (생년월일: _____) 연락처: _____)
- 배우자: (서 명) (생년월일: _____) 연락처: _____)