

The original of this document is in Japanese, and it is the Japanese document that is effective. Please fill in all necessary information on the original.

As for the translation itself, it is for consideration, to assist you in your understanding. We cannot assume any responsibility for problems arising with reference to this translation.

---

## Sperm Cryopreservation Extension Consent Form

Clinic Director:

In regards to the following:

1. Possibility of damage to sperm by cryopreservation process.
2. Costs of sperm cryopreservation.
3. Frozen sperm will be destroyed in the case of divorce according to the guidelines of the Japanese Society of Obstetrics and Gynecology.
4. Disposal is at the clinic's discretion when there is no time extension application.
5. If there is a change in contact information, the clinic will be informed.

We have completely understood. We thereby give our consent for sperm cryopreservation extension.

Additionally, we and our families trust in the clinic's treatment policy and give our consent.

We swear to the above mentioned and submit this consent form.

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Wife's Name: \_\_\_\_\_ Initials (\_\_\_\_)

Husband's Name: \_\_\_\_\_ Initials (\_\_\_\_)

Oak Clinic, Sumiyoshi TEL 0120-009-345

Oak Clinic, Umeda

Oak Clinic, Ginza

Presenter (\_\_\_\_)



## 精子の凍結保存期間延長についての同意書

院長殿

この度私たち夫婦は、以下の点、

1. 凍結する過程で、精子へのダメージの可能性があること。
2. 精子凍結の料金に関すること。
3. 「日本産科婦人科学会会告」に従い夫婦が離婚した場合には凍結精子を破棄すること。
4. 期間延長を申し出ない場合の処分は貴院に一任すること。
5. 連絡先の変更があった場合は必ず連絡すること。

について十分理解し、納得しました。その上で精子の凍結保存延長を行なうことに同意いたします。

なお、私たち夫婦のほか、親族一同、貴院の治療方針を信頼し同意いたします。  
上記の通り誓約し本書面を提出いたします。

西暦 年 月 日

住所

氏名(妻) 印

氏名(夫) 印

オーク住吉産婦人科  
オーク梅田レディースクリニック  
オーク銀座レディースクリニック

TEL 0120-009-345

説明者 ( )