婚 姻 関 係 等 申 告 書

医療法人社団　愛慈会
理事長　松本　玲央奈殿

私達は、貴クリニックを受診するにあたり、以下の事項について同意し治療を希望することを申告いたします。

同意事項　以下の□欄に☑を入れ、下記に署名してください。

□１）　私たちは戸籍上の婚姻関係にあること。(法律婚)
□２）　私たち双方とも、他に戸籍上の配偶者はいないこと。
□３）　夫婦関係に変更（法律婚夫婦の離婚、事実婚夫婦の事実婚解消、事実婚夫婦の婚姻など）があった場合、速やかに申告すること。
□４）　貴クリニックが相応の根拠に基づいて、他に婚姻関係が認められた場合には即時一切の治療（胚、精子の凍結保存を含む）を中止すること（凍結保存中の胚・精子の廃棄などを含む)。
□５）　当院で治療を受け出産に至り児を得た場合、いかなる理由においても出生した児をパートナーは認知すること。

同意年月日：　　年　　月　　日
住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ID No.＿＿＿＿＿＿＿＿　本人氏名（自署)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同意年月日：　　年　　月　　日
住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
配偶者（パートナー）氏名（自署)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人との続柄：　　）

※自署を代筆することはできません。無断で代筆した場合、当院は一切責任を負いません。
※患者様控えとしてコピーをお渡ししますので大切に保管して下さい。