

## 搬入希望時の確認事項

当院にて治療を行うため他施設にて保管されている凍結物の搬入を希望される患者様は、以下の内容を記入のうえ、同意書と一緒にご持参ください。

移送元施設：施設名 ●●クリニック

住所 東京都足立区●●1-1-1

TEL 03 - ●●●● - ●●●●

移送方法：専門業者 ・ ご自身

(業者名) (仮)北千住運搬

(業者連絡先) 080 - ●●●● - ●●●●

※当院は移送用容器を持っておりません。ご自身での手配をお願いします。

以下の内容は、**移送元施設の担当者様**または**お電話にて患者様ご自身が施設に確認**の上、ご記入をお願いいたします。

移送検体情報： 精子 ・ 卵子 ・ 分割期胚 ・ 胚盤胞

(凍結デバイス) クライオトップ

(本数) 2 本 (個数) 2 個

(凍結試薬) Ready to vitri

(備考) \_\_\_\_\_

凍結タンクの感染症検体の区別：あり ・ なし

凍結保存管理料支払日：2025 年 2 月 1 日

※融解プロトコルを検体と同送していただくと幸いです。