

事実婚不妊治療同意書および不妊に関わる検査・治療依頼書

うつのみやレディースクリニック 院長 宇都宮 智子 殿

我々事実婚夫婦は、下記の諸点について納得しましたので、夫婦それぞれの自由な意思の下に、一致した意見でうつのみやレディースクリニックでの不妊治療を受けることに同意し、不妊検査および不妊治療を貴院に依頼します。また、下記に列挙された事項を遵守します。

1. 双方ともにほかに婚姻関係がないことを確認するため、6ヵ月ごとに双方の戸籍謄本の提出が必要であること。
2. 同居していることを確認するため、6ヵ月ごとに住民票の提出が必要であること。
3. 人工授精、体外受精の治療を開始する前には、両者そろって来院し、担当医師の説明を受けること。
4. 提出書類に不備がある場合は治療ができないこと。
5. 婚姻関係を結んだときは申し出ること。
6. 未入籍であることに関して何らかのトラブルが生じても、うつのみやレディースクリニックに対し責任を問わないこと、またその全責任を我々両者で負うことを了承します。

注意事項

治療開始後のどの段階であっても、夫婦の両者もしくはどちらか一方の申し出があれば、直ちに治療は中止します。また、担当医師が治療の継続が困難であると判断した場合は、直ちに治療を中止することがあります。

同意年月日：	年	月	日
住所	〒		
夫	氏名（自署）：	TEL：	
	（診察券番号：	）	
妻	氏名（自署）：	TEL：	
	（診察券番号：	）	