



事実婚不妊治療同意書

私たちは以下に記載の内容に同意し、両者の自由な意思のもとで、不妊治療を行う事に同意致します。

◆サンタクルスでは事実婚夫婦の不妊治療を行っていますが、どちらかの戸籍に前妻、または前夫との婚姻関係が残っている場合は、治療をお断りさせて頂いています。

◆戸籍を確認するため、戸籍謄本の提出をお願いする事があります。

◆婚姻関係を結んだ時は直ちに申し出て下さい。

◆治療がどの段階であっても、どちらか一方から治療中止の申し出があったときは直ちに治療を中止させていただきます。また、担当医が治療の継続が困難であると判断した場合は、中止する事があります。

未入籍であることに関してトラブルが生じても、サンタクルスに責任を問わないこと、また全責任を我々両者で負うことを承諾致します。

医療法人社団 サンタクルス

レディース&ART クリニック サンタクルス ザ ウメダ

同意年月日 年 月 日

<本人>

住所 〒 -

氏名（自署）

印

電話番号

<パートナー>

住所 〒 -

氏名（自署）

印

電話番号