

婚姻関係についての確認書

医療法人佐久平リプロダクションセンター
佐久平エンゼルクリニック 御中

私達は、貴院において不妊治療(生殖補助医療)を受けるにあたり、戸籍を添付の上、下記の事項を確認いたします。

記

私達_____と_____は、本日現在、法律上の婚姻関係(結婚関係)にあり、両名ともに貴院での不妊治療(生殖補助医療)の実施を希望しております。

この度、私達の婚姻関係が解消された場合(一方の死亡や離婚等)には不妊治療が中止されることについての説明を受け、了承いたしました。

仮に結婚が解消された場合には、速やかに貴院に通知いたします。

以上

西暦 年 月 日

住所

氏名

氏名