

# 婚姻関係申告書

にしたん ART クリニック神戸三宮院 院長 殿

私達は貴クリニックにおいて不妊治療を行うにあたり、下記事項を遵守することを誓約致します。

1. 私達の婚姻関係は以下に該当します。(該当する方に✓してください。)

法的婚姻関係  事実婚関係

2. (事実婚関係である場合) 以下に該当することを誓約致します。

ア、 当人以外の人との婚姻関係はありません。

イ、 私達は同一世帯です。※同一世帯：同じ住所で家計を一緒にしている世帯  
(別世帯になっている場合は、その理由を記入してください。)

ウ、 治療の結果、出生した子について認知を行う意向があります。

3. 私達双方が貴クリニックでの治療に同意していることを申告致します。

4. 夫婦関係に変更があった場合に、または当申告書に変更があった場合、速やかに貴クリニックに申告し、再提出致します。

5. 婚姻関係を解消した場合、または婚姻関係が認められないと貴クリニックが判断した場合は、即時に不妊治療(胚・精子の凍結保存を含む等)の継続を中止することを承諾致します。

申告年月日(西暦) 年 月 日

妻・パートナー氏名(自署)

(診察券番号)

住所

夫・パートナー氏名(自署)

住所

IVF	受付	Ns