

本契約成立の証として本契約書2通を作成し、甲乙において各1通を保管する。

甲：〒105-0004 東京都港区新橋五丁目22番10号
株式会社 ステムセル研究所
代表取締役社長 清水 崇 文
フリーダイヤル: 0120-346-257 FAX: 03-5408-5289 E-MAIL: stemcell@stemcell.co.jp

20 年 月 日
※記入日を必ずご記入下さい

参考資料 3

契約書番号 «本人 CD»

乙：

| | | | |
|---|--|----------|---|
| 住所 | 〒 _____ | | |
| フリガナ | | | |
| | 氏名 (ご契約者) Ⓜ | 氏名 (配偶者) | |
| | 携帯電話 | 携帯電話 | |
| 出産者名 | | | |
| 出産者の生年月日 | 西暦 | 年 | 月 日 |
| 電話番号 | ご自宅 | ご実家 | (_____ 様方) |
| | Email アドレス _____ @ _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> ステムセル研究所より、さい帯血情報等のご案内メールを受信することを希望します。 | | |
| ご希望保管年数 | 右の年数から1つをご選択(○)下さい 1年 ・ 10年 ・ 20年 | | |
| お支払方法 右のお支払方法から、 1つをご選択(○)下さい | <input type="checkbox"/> 一括払い：銀行振込 ※ご出産後、請求書を発行致します。 | | <input type="checkbox"/> 12回分割払い：口座振替(自動引落) |
| | | | <input type="checkbox"/> 24回分割払い：口座振替(自動引落) |
| | | | <input type="checkbox"/> 60回分割払い：オリコWebクレジットを利用 |
| 本契約における個人情報の提供につき、第17条の内容に同意の上、署名捺印します。 | | | |

大切な細胞をお預かりいたしますので、必ずご連絡が取れるように電話番号(複数)・E-mail アドレスのご記入にご協力をお願いいたします。

ご出産後10日以内に「さい帯血採取・分離・保管報告書」等の書類を上記ご住所に送付いたします。
里帰り先等その他ご住所へ送付希望の場合は、下記へご記入願います。

住所： 〒 _____ (_____ 様方)
電話番号： (_____) _____

委託費用

(税抜価格)

| 保管年数 | 分離費用等 | 保管費用等 | 委託費用(合計) |
|------|---------|----------|------------------|
| 1年 | «分離費用»円 | «保管費用»円* | 計 «契約料金»円 «割引判断» |
| 10年 | «分離費用»円 | «保管費用»円* | 計 «契約料金»円 «割引判断» |
| 20年 | «分離費用»円 | «保管費用»円* | 計 «契約料金»円 «割引判断» |

別途消費税がかかります。
分割払いを選択した場合は、別途分割手数料がかかります。詳細は別紙をご確認ください。
* 内«初期費用»円は初期費用となります。

●「多胎妊娠のかた」「以前当社に保管をされたことのあるかた」には、割引適用となります。
ただし、多胎妊娠につきましては お二人以上保管にいたった場合のみ適用となります。(お一人保管の場合は割引適用外)

株式会社 ステムセル研究所

