細胞保管委託契約意思確認書

アイル臍帯血ファミリーバンク　殿

（いずれかに○）

私（甲）は、丙の臍帯血の保管委託契約を 【継続・解約】 します。

記入日	平成　　年　　月　　日	
契約者番号		
委託者 （甲）	住所	〒　　－　　（都・道・府・県）
		（ふりがな）
	電話番号	（　　）-（　　）-（　　）
	氏名	（ふりがな）
		㊞
細胞所有者 （丙）	氏名	（ふりがな）
保管委託契約 意思	（いずれかにチェック） □ 保管継続 （継続される方は以下のいずれかにチェック） □ 1年間　金 10,000 円(税抜)　税 800 円 □ 10年間　金 80,000 円(税抜)　税 6,400 円 (*)税法の改正により消費税等の税率が変動した場合には、改正法以降における上記消費税等相当額は変動後の税率により計算致します。 □ 保管委託解約 （解約される方は以下のいずれかにチェック） □ 廃棄依頼(*) (*)以下にあてはまる場合はチェックしてください。 「再生医療研究もしくは公共利用の目的に提供しない」 □ □ 移管希望(**) (**)医療機関もしくは臍帯血の保管が可能な専門業者のみ。 弊社既定の「凍結細胞搬送依頼書」等の書類の提出が必要です。	
特記事項		