

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2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: 0120-346-2571 FAX: 03-6408-5289 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) | (配偶者) | |
| | _____ | _____ | |
| 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(O)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(O)下さい | () 一括払い：銀行振込 | | |
| | ※ご出産後、請求書を発行致します。 | | |
| | () 12回分割払い：口座振替(自動引落) | () 24回分割払い：口座振替(自動引落) | () 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」等の書類を上記住所へ送付いたします。
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： (_____) _____ (様方)

〇〇 委託費用 〇〇

| 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)

さい帯血分離保管委託契約書

〈アドバンスドプラン〉

株式会社 ステムセル研究所

