

器官捐贈意願撤回聲明書

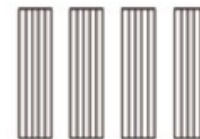
1. 姓名	(請務必填寫)
2. 身分證號碼	(請務必填寫)
3. 電子郵件	
4. 出生年月日	年 月 日 (請務必填寫)
5. 聯絡電話	公：() # ；手機： (請務必填寫)
6. 通訊地址	(請務必填寫)
7. 請問您撤回器官捐贈意願的原因? (可複選)	<input type="checkbox"/> 家人反對 <input type="checkbox"/> 宗教信仰 <input type="checkbox"/> 擔心表達器官捐贈意願後，面臨嚴重傷病時，影響醫師救治的積極度 <input type="checkbox"/> 看過別人捐器官有不好的經驗 <input type="checkbox"/> 本人並未表達過器官捐贈意願 <input type="checkbox"/> 尚有疑慮 <input type="checkbox"/> 其他(請敘明)_____

簽名： _____ (請務必親筆簽名) 日期： _____

TORSC 器官捐贈同意書	
收件日期	
登錄日期	

本文件填妥請對折郵寄至本中心辦理，對折後，請以膠帶封貼，謝謝您！

財團法人器官捐贈移植登錄中心，電話：0800-888-067



廣告回信
台北郵局登記證
台北廣字第03718號

限平信方式投遞

10050

臺北市中正區杭州南路1段15-1號11樓

財團法人器官捐贈移植登錄中心 收

