密

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	□□□　　市　　鄉鎮 縣　　市區（請務必填寫） 路(街)　　段　　巷 弄　　號　　樓
7.請問您撤回器官捐贈意願的原因? *(可複選)*	□家人反對 □宗教信仰 □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 □看過別人捐器官有不好的經驗 □本人並未表達過器官捐贈意願 □尚有疑慮 □其他(請敘明)_____

簽名：_____　　日期：_____

（請務必親筆簽名）

財團法人器官捐贈移植登錄中心（衛生福利部捐助設置）**關心您**

地址：10050 台北市中正區杭州南路 1 段 15-1 號 11 樓之 1

Tel:0800-888-067