

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	(請務必填寫)		
6. 通訊地址	□□□	市	鄉鎮 (請務必填寫)
		縣	市區
	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)	<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：_____ 日期：_____

(請務必親筆簽名)



本文件填妥後請郵寄至台北市大安區信義路四段24號6樓器官捐贈協會收。謝謝您！