中華民國器官捐贈協會 收件

|  |  |
| --- | --- |
| **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) | □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)



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！

**本文件填妥後請郵寄至台北市大安區信義路四段26號3樓之1 器官捐贈協會 收。謝謝您！**