

## 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：( )	#		(請務必填寫)
6. 通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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：_____				

\*表單來源：依財團法人器官捐贈移植登錄中心公告之參考範例編印

\*本資料僅供器官捐贈意願撤回表達使用，將依個人資料保護法，善盡保密之責任。

\*一式二聯：正本聯寄「行政院衛生福利部安寧療護及器官捐贈意願資料處理小組」(10050 台北市中正區杭州南路1段15-1號11樓)，副本聯由立意願書人自存