線上下載

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 | （請務必填寫） |
| 6. 通訊地址 | □□□　　市　　鄉鎮<br>縣　　市區（請務必填寫）<br>路(街)　　段　　巷<br>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<br>□宗教信仰<br>□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<br>□看過別人捐器官有不好的經驗<br>□本人並未表達過器官捐贈意願<br>□尚有疑慮<br>□其他(請敘明)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |

簽名：＿＿＿＿＿＿　　日期：＿＿＿＿＿＿

（請務必親筆簽名）

**衛生福利部 預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資料處理小組**

**網址：**https://hpcod.mohw.gov.tw/

**地址：10049 台北市中正區紹興北街 5 號 8 樓**

**電話：02-23933298**