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 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）

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