

注 意 事 項

保険医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずその窓口で電子的確認を受けるか、この証を提出してください。

備考

※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思表示をすることができます。
記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

- 1 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
- 2 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
- 3 私は、臓器を提供しません。

〈1または2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。〉

【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】

〔特記欄：

署名年月日 年 月 日

本人署名(自筆)

家族署名(自筆)