

## 預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇撤回聲明書

本人\_\_\_\_\_已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，現聲明撤回該意願之意思表示，特簽署本聲明書。

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	<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	

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