

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	<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：_____

(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