

编号：_____

昆明市志愿捐献遗体 申请登记表

申请人姓名：_____

申请时间：_____

登记机构：_____

昆明市红十字会

填 表 说 明

一、请如实填写本申请登记表，一式两份。原件由当地红十字会和登记接受站保存。捐献人、执行人保存复印件。

二、交本表时请附彩色一寸近照 4 张。

三、捐献人要求公证的，可以按规定向公证处办理公证，并将公证书副本随同“申请登记表”交登记站备案。

四、登记站受理申请登记后，向捐献遗体志愿者颁发“志愿捐献遗体纪念证”。

五、撤销登记的，应携带“志愿捐献遗体纪念证”到原登记机构办理撤销手续。

六、昆明市遗体捐献相关工作由昆明市红十字会负责，联系电话：
0871-63100157。

七、登记接受站

昆明医科大学

地址：昆明市呈贡区雨花街道春融西路 1168 号昆明医科大学人体解剖学实验室，邮编：650500。

联系电话：15969559449，18288942471。

捐献承诺书

照
片

我志愿逝世后将遗体无偿捐献给医学教育、科研使用，为祖国医学事业的发展贡献自己最后一份力量。

请遵照我的捐献意愿，协助完成相关事宜。

捐献申请人签名（按手印）：

年 月 日

申请人姓名	性别	民族	籍贯	出生日期	年	月	日
证件类型：	<input type="checkbox"/> 身份证	<input type="checkbox"/> 军官证	<input type="checkbox"/> 其它				
证件号码：	□□□□□□□□□□□□□□□□□□						
政治面貌：	婚姻状况： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶						
文化程度：	<input type="checkbox"/> 小学或以下 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中或中专、技校 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 研究生及以上						
工作单位：	单位电话：						
户籍所在地住址：							
现居住住址：							
联系电话：	其他联系电话：					邮编：	
健康状况：（如患有疾病，请注明疾病名称）							

申请人附注：

一、遗体捐献： 全部。

二、是否同意宣传捐献事迹： 是 否。

委托书

本人委托_____作为执行人，在本
人逝世后办理遗体捐献相关事宜。

委托人签名（按手印）：

年 月 日

执行人 姓名	与申请 人关系	身份证号码	工作单位或家 庭住址	联系电话

关系代码：01-父母 02-兄弟姐妹 03-配偶 04-子女 05-其它亲属 06-
朋友 07-单位

执行人意见

本人尊重捐献申请人逝世后捐献遗体的意愿，并郑重承诺协助完
成捐献相关事宜。

执行人签名（按手印）：

年 月 日

执行人做好下列事项：

在捐献申请人逝世后，请及时拨打“志愿捐献遗体纪念证”上接受站电话，
通知接受单位，凭医院出具的“居民医学死亡证明（办理殡葬手续专用联）”或
公安部门出具的“居民死亡殡葬证”，连同捐献人“遗嘱”复印件及捐献公证书
（若生前写下遗嘱或办理过公证者），办理有关具体接受事宜。

登记机构意见：

登记机构（盖章）

年 月 日

接受单位意见：

接受机构（盖章）

年 月 日

变更纪录：

登记机构（盖章）

年 月 日

撤销纪录：

登记机构（盖章）

年 月 日

遗体捐献申请人身份证复印件黏贴处

正 面

反 面

遗体捐献执行人身份证复印件黏贴处

正 面

反 面