

遗体捐献志愿登记表

姓名		性别		国籍		民族		照片 粘贴处
学历		职业		联系电话				
证件类型		证件号码						
户籍地址								
现居住地								
近亲属姓名		关系		联系电话				
近亲属姓名		关系		联系电话				
健康状况: (如患有疾病, 请注明疾病名称)								
捐献志愿书 我志愿在离世后将自己的遗体无偿奉献给祖国医学科学事业, 为我国医学教育、科学研究和提高疾病防治能力贡献自己最后一份力量。现已征得我的亲属同意和支持, 并委托我的_____ (关系) _____ (姓名) _____ (身份证) 作为我遗愿的全权执行人。 请遵照我的捐献意愿, 协助完成相关事宜。 签名 (按手印): _____ 年 月 日								
捐献意愿	☐ 全部 ☐ 部分 (☐ 器官 ☐ 组织)							
是否同意遗体由接受利用单位统一火化处理	☐ 是 ☐ 否							
是否同意宣传捐献事迹	☐ 是 ☐ 否							