

山东省遗体（角膜）捐献 申请登记表



申请人姓名：_____

申请时间：_____

登记机构：_____

登记编号：_____

捐献承诺书

我自愿逝世后将遗体（角膜）无偿捐献给医学教育、科研和临床使用，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。

申请人签字：

年 月 日

申请人信息

身份证复印件正面

身份证复印件反面

【现居地】_____

【籍贯】_____

【电话】_____

【职业】_____

(请在相关选项框“□”内打“√”)

【捐献意愿】

☐角膜 请选择接受单位: _____

☐遗体 请选择接受单位: _____

☐器官: 肝、肾及其他。(请另行填写器官捐献申请登记表)

【委托执行人】

☐近亲属(父母、配偶、成年子女、法定监护人)

☐关系密切的亲友

☐工作单位、居委会、村委会、养老机构

☐其他有关单位: _____

【执行人信息】

执行人姓名	性别	出生年月	联系方式	与申请人关系

【执行人意见】

我同意申请人逝世后捐献遗体(角膜)的意愿,已阅知《致遗体(角膜)捐献执行人的一封信》的内容,并郑重承诺协助完成捐献事宜。

执行人签字:

年 月 日

【变更记录】

经办人签字:

年 月 日

【撤销记录】

经办人签字:

年 月 日

【角膜接受使用记录】

时间:

地点:

角膜接受单位:

手术医师签字:

执行人签字:

角膜使用情况: ☐教学 ☐科研 ☐临床

【遗体接受及使用记录】

时间:

地点:

接受单位:

接受人签字:

执行人签字:

遗体使用情况: ☐教学 ☐科研 ☐临床