

器官捐贈意願撤回聲明書

1. 姓名	
2. 臺灣原住民族之傳統姓名	
3. 身分證號碼	
4. 電子郵件	
5. 出生年月日	年 月 日
6. 聯絡電話	
7. 通訊地址	
8. 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：_____

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