

新疆维吾尔自治区眼角膜捐献申请登记表

我自愿身故后将自己的眼角膜无条件地奉献给医学科学事业,请亲属遵照我的意愿,支持执行人办理手续。

照

申请人签章:

年 月 日

申请人姓名: 性别: 族别: 出生日期: 年 月 日

证件类型: ☐身份证 ☐军人证 证件号码:

政治面貌: 婚姻状况: ☐未婚 ☐已婚 ☐离婚 ☐丧偶

文化程度:

工作单位及职务：

户籍所在地住址：

常住地住址：

联系电话：

健康状况：（如患有疾病，请注明疾病名称）

角膜（眼球）捐献是否需要保密：☐是 ☐否

公 证 情 况	是 否 公 证	公证号	公证人	备注

角膜（眼球）捐献可委托以下人员为执行人：

- 1、近亲属（父母、配偶、成年子女、法定监护人）；
- 2、关系密切的亲友；
- 3、工作单位、居委会、村委会、养老机构；

执行人姓名	与申请人关系	性别	身份证号	联系电话

--	--	--	--	--

执行人意见：

执行人签章： 年 月 日

登记单位签章：

年 月 日

接收单位签章：

年 月 日

业务联系电话（新疆维吾尔自治区人道事业发展中心）：0991-2568519