

新疆维吾尔自治区遗体捐献申请登记表

编号：_____

我自愿身故后将自己的遗体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。



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）

遗体捐献是否需要保密：☐是 ☐否

公证 情况	是否 公证	公证号	公证人	备注

遗体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（新疆人道事业发展中心）： 0991-2568519

遗体接收站（新疆医科大学）电话： 18999169830 13179832920