

# 眼球提供申込書

登録番号

公益財団法人 福島県臓器移植推進財団理事長

年 月 日

●私は視力障がい者の視力回復に役立てるために、死後眼球を提供することを承諾します。

<提供者>

〒 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ (印) 性別：男 ・ 女 \_\_\_\_\_

生年月日： 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

◎親族優先提供を希望 \_\_\_\_\_ する ・ しない \_\_\_\_\_

●私は提供者の意志を尊重し、提供者の死後ただちに公益財団法人福島県臓器移植推進財団に連絡します

<連絡者>

〒 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ (印) 提供者との続柄： \_\_\_\_\_

<ライオンズクラブの方>

◆ ライオンズクラブ名： \_\_\_\_\_

◆ ライオンズクラブへアイバンク登録を通知することへの同意： \_\_\_\_\_ する ・ しない \_\_\_\_\_