



您的奉献，成就医学科学的发展。

# 福建省自愿捐献遗体登记表

编号： \_\_\_\_\_

姓名		性别		出生年月		民族	
学历		职业		籍贯		国籍	
住址				血型	A□ B□ O□ AB□ RH□		
证件类型		号码					
亲属姓名		关系		身份证号		固话	
通讯地址				邮政编码		手机	
亲属姓名		关系		身份证号		固话	
通讯地址				邮政编码		手机	

捐献者曾表示同意无偿捐献遗体；未表示过不同意无偿捐献遗体。我（们）已知悉遗体捐献的相关法律法规，同意并完全代表捐献者\_\_\_\_\_作出死后无偿捐献遗体的决定。同意所捐遗体用于临床、教学和科学研究。

捐献人签名：

印章（手印）：

亲属签名：

与捐献者关系：

印章（手印）：

年 月 日

注：亲属是指捐献者的配偶、成年子女、父母，可多人。

登记机构(盖章)： \_\_\_\_\_

经办人： \_\_\_\_\_

# 福建省自愿捐献遗体登记表填写须知

感谢您（们）做出自愿捐献遗体的决定。这将对医学教育、医学科学研究做出重大贡献，为提高疾病防治能力带来希望。请仔细阅读以下内容：

1、遗体捐献是当一个人不幸去世时，根据本人或直系亲属的意愿，将其遗体以无偿的方式，捐献给医学院校，做为科研、教学之用。

2、遗体捐献无特殊要求。只要没有感染艾滋病或其他严重传染病，在其身后都可捐献。

3、根据《福建省遗体 and 器官捐献条例》（闽常〔2005〕第12号）规定，捐献遗体、器官遵循自愿、无偿的原则。

4、您有权变更捐献登记内容或者撤销登记。如有变更或撤销登记，请到原受理机构办理。

5、亲属在填写登记表时需携带有效身份证及与捐献者的关系证明，共同在登记表上签字。

6《福建省遗体捐献登记表》一式三份，分别由登记机构和接受机构和捐献者保存。

7、接受单位联系方式：

福建医科大学：0591-88386092

漳州卫生职业学院：0596-2556526

泉州医学高等专科学校：0595-22783475

莆田学院医学院：0594-2780151

厦门大学医学院：13074808759；13015929272

8、接受遗体实施情况：

遗体接受单位实施情况（实施后十日内向当地红十字会备案）

单位名称并盖章：

年 月 日