

## 遗体、角膜捐献告知书

1、遗体捐献用于医学教育，接收单位为江南大学医学院和无锡卫生高等职业技术学校。角膜捐献用于救治眼疾患者，接收单位为无锡市第二人民医院。

2、遗体、角膜捐献报名登记时，必须由所有直系亲属同意签字。捐献者的直系亲属信息应真实、完整。如有遗漏、隐瞒，一切后果自负。

3、遗体、角膜捐献志愿者逝世后，其执行人应及时电话联系接收单位，遗体为去世6小时内，角膜为去世2小时内，将医院出具的死亡证明、捐献者身份证复印件、捐献纪念证和捐献卡交接收单位办理遗体（角膜）接收手续。

4、报名志愿者成功捐献遗体、角膜后，捐献者的姓名将铭刻在无锡市青城公墓内的捐献者纪念碑上。

5、捐献报名成功后，如捐献意愿改变，应携带捐献纪念证及捐献卡，到报名登记点办理撤销手续。

我已阅读遗体、角膜捐献告知书，以上内容已知晓。

报名捐献者及所有直系亲属签字：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



向捐献志愿者致以崇高的敬意！

# 无锡市遗体角膜捐献 志愿登记表

捐献人姓名 \_\_\_\_\_

登记机构（盖章） \_\_\_\_\_

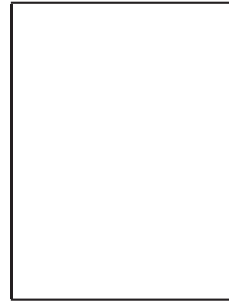
登记日期 \_\_\_\_\_

编号 \_\_\_\_\_

无锡市红十字会

# 志愿书

我自愿在我身后，将自己的□遗体、□角膜无条件地献给医学科学事业，为祖国医学教育和提高疾病防治工作水平，贡献自己最后一份力量。



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

## 申请人信息

姓名\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_\_籍贯\_\_\_\_\_

身份证号码\_\_\_\_\_电话\_\_\_\_\_

家庭住址\_\_\_\_\_

工作单位\_\_\_\_\_

健康状况：（如患有疾病，请注明疾病名称）

\_\_\_\_\_

申请人所有直系亲属（父母、配偶、成年子女、法定监护人）共同同意签章：

| 姓名 | 关系 | 身份证号码 | 住址 | 电话 | 签名 |
|----|----|-------|----|----|----|
|    |    |       |    |    |    |
|    |    |       |    |    |    |
|    |    |       |    |    |    |
|    |    |       |    |    |    |

执行人(直系亲属、亲友、单位或社区、居委干部)：

| 姓名 | 关系 | 身份证号码 | 住址 | 电话 | 签名 |
|----|----|-------|----|----|----|
|    |    |       |    |    |    |
|    |    |       |    |    |    |

备注：在填写完成上交申请表时，请附三张二寸报名者正面照片，带好报名者身份证。

