



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：_____ 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
莆田学院医学院：0594-2780151
厦门大学医学院：18959287490；13074808759
漳州卫生职业学院：0596-2559652（13607577511）
华侨大学医学院：0595-87329909
泉州医学高等专科学校：0595-22783475

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