

编号：_____

【变更登记情况】

上海市遗体（角膜）捐献
申请登记表



经办人：
年 月 日

【撤销登记情况】

申请人姓名：_____

申请时间：_____

登记机构：_____（公章）

经办人：
年 月 日

上海市红十字会

上海市红十字会监制

捐献自愿书

遗体(角膜)捐献是造福人类的善举，是“人道、博爱、奉献”精神的崇高体现。我自愿身后无偿捐献自己的遗体(角膜)，为祖国医学教育、医学科研和医学临床事业做出自己最后的贡献。

本人已经与自己的配偶、成年子女、父母或其它监护人充分沟通，他们全部同意尊重我的捐献意愿，支持我办理捐献登记手续。

本人现为完全民事行为能力人，本人填报的信息和承诺，都是我认真思考后的真实意思表示，所有信息真实完整，不存在重大误解或欺诈胁迫等情形。如遇突发疫情等不可抗力或突发事件或其他客观情况等导致无法实现捐献时，本人自动放弃捐献且与登记/接受方之间权利义务即行终止。

申请人签字： 年 月 日

常住地址： 联系电话： 所属街镇： 民族： 文化程度： 主要职业： 政治面貌： 健康状况(如有疾病需注明)： 婚姻状况：

身份证复印件正面

身份证复印件反面

(请在相关选项框“□”内打“√”)

【捐献意愿】

□捐献遗体。接受机构： □捐献角膜。接受机构：

【相关事宜】

信息保密： □ 需要 □ 不需要 骨 灰： □ 不保留（倡导不保留） □ 保留（2.5年后在接受机构办理领取事宜） 缅怀纪念： □ 不留名 □ 捐献者网上纪念园留名

执行人承诺书

我（们）尊重申请人无偿自愿捐献的意愿，并郑重承诺同意按照有关规定和流程为申请人身故后办理捐献相关事宜。

执行人	姓名 (签字)	性别	与申请 人关系	联系方式	身份证号码
第一 执行人					
第二 执行人					
近亲属 签名处					

注：1.办理遗体(角膜)捐献登记需全体近亲属一致同意，无近亲属登记者需提供相关部门证明(近亲属指配偶、成年子女、父母)。
2.无法实现捐献的情况：非正常死亡者、国家规定的“甲乙类”传染性疾病者、近亲属意见不一致者、以及因各类突发事件或不可抗力或其他导致捐献无法实现等情况。