

活體器官捐贈移植醫療機構證明書

擬 捐 贈 者	姓名		性別	
	出生年月日		聯絡電話	
	國民身分證 統一編號		外籍人士統一證號 (或護照號碼)	
擬 受 贈 者	姓名		性別	
	出生年月日		聯絡電話	
	國民身分證 統一編號		外籍人士統一證號 (或護照號碼)	
說 明	茲證明擬捐贈者及擬受贈者確擬依據人體器官移植條例第八條規定，實施器官捐贈移植手術，請同意申請五親等以內親等關聯資料。			
<p>以上事項屬實無誤特此證明</p> <p>主治醫師姓名：</p> <p>醫療機構名稱：</p> <p>醫療機構代碼：</p> <p style="text-align: center;">中華民國 年 月 日</p> <div style="text-align: right; border: 1px dashed black; padding: 10px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <p>(醫療機構章)</p> </div>				