

附表一

生殖細胞捐贈查核申請表

一、機構名稱：_____ 機構代碼：□□□□□

二、申請日期：____年____月____日

三、捐贈人資料

1、姓名：_____ 2、出生日期：____年____月____日

3、國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□

4、外籍人士之統一證號^(註一)：□□□□□□□□□□

5、外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□

6、性別：1、男 2、女

7、戶籍地^(註二)：_____縣_____鄉鎮_____村_____路_____街_____段_____巷_____弄
_____號_____樓

8、國籍及種族： (1) 中華民國

請勾選1、閩南籍 2、客家 3、原住民

4、外省籍 9、其他_____

(2) 外籍人士 (國籍：_____)

9、膚色：1、黃人 2、白人 3、黑人

4、棕色人 9、其他_____)

施術醫師：_____

收到日期：____年____月____日 收件人：_____

註一：無國民身分證之外籍人士請同時填4、5項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。

註二：外籍人士請填在台居住地。

注意事項：本表第一聯以掛號郵寄主管機關，由主管機關依人工生殖法第八條第一項第四款所定情形予以核復，第二聯由機構自存。