

眼球提供登録申込書 (楷書ではっきりお書き下さい)

平成 年 月 日

(公財)長野県アイバンク・臓器移植推進協会 様

[提供者]私は視力障害者の視力回復に役立てるため、死後眼球を提供します。

ふりがな
氏 名 男・女

郵便番号

住 所

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号

[親族優先提供]私は、献眼の際、親族優先提供をします。

署 名

氏 名	署名年月日
<input type="text"/>	平成 年 月 日

[連絡者]私は、提供者の意思を尊重し、万一の場合は、できるだけ早く、連絡します。

ふりがな
氏 名 続柄

電話番号

取 扱
ライオンズ
ク ラ ブ

紹介者名
<input type="text"/>

*この画面をプリンタで印刷し、ご記入いただき、FAXあるいは郵便にて当協会までお送りください。

FAX.026-226-1636

(公財)長野県アイバンク・臓器移植推進協会

〒380-0928 長野市若里7-1-5

TEL.026-226-1516

眼球提供登録制度

ご記入いただきました個人情報、視力障害者の視力回復に役立てるために死後、眼球を提供する旨のあなたの意思を表示していただくものです。

(公財)長野県アイバンク・臓器移植推進協会に登録をし、後日「アイバンク登録票」をお送りします。

なお、親族優先提供を希望する者は「親族優先提供」欄に、提供者本人の署名、年月日を再度記入してください。

また、登録後いつでも登録の取消を行うことができます。

万一の場合、眼球の提供に際しては、あなたの近くのライオンズクラブの会員の方が、ご家族に眼球提供に関する説明及びご葬儀の際に感謝の気持ちで県知事、当協会理事長の感謝状等の贈呈などをボランティア活動で行っております。

このことによりまして、ご記入いただきました個人情報は、お近くのライオンズクラブに提供し、献眼業務をスムーズに行うようにしております。

また、献眼事業等にかかわる医療機関の医師等へもこれら情報を提供する場合があります。