

장기등 이식대상자 선정 사유서

이식 대상자	성명		실제 생년월일	년 월 일(만 세)		
	질병명		주치의명			
	직업		결혼 여부			
기증자	성명	(남·여)		실제 생년월일	년 월 일(만 세)	
	집 전화			이동전화		
	결혼 여부					
	직장명		직장 전화			
	보호자명		보호자 생년월일		보호자 동의	유, 무

이식대상자 선정 사유 (적는 공간이 부족할 경우 별지 첨부 가능)

위 사항이 사실임을 확인합니다.

년 월 일

기증자 (서명 또는 인)

위 사항이 사실임을 확인합니다.

년 월 일

○○○ 장기이식등록기관장

직인