

장기등 이식대상자 선정 사유서

|           |       |       |             |         |            |      |  |
|-----------|-------|-------|-------------|---------|------------|------|--|
| 이식<br>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<br>생년월일 |         | 보호자<br>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