

親族優先提供に係る親族関係確認書書式（ガイドライン第2の3）

親族優先提供に係る親族関係確認書

臓器の摘出を受ける者 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

上記の者は、脳死後又は心停止後、移植のために臓器を提供する意思を書面で表示し、その意思表示に併せて、親族に対し、当該臓器を優先的に提供する意思を表示しています。

私は、親族への優先提供について説明を受け、十分に理解しました。

移植希望登録をしている下記の者は、上記の者の（配偶者・子・父・母）であることに相違ありません。  
(いずれかに○)

なお、続柄について確認可能な戸籍の謄本又は抄本（配偶者の場合は、戸籍の謄本、抄本又は住民票）を、公益財団法人長野県アイバンク・臓器移植推進協会にすみやかに必ず提出いたします。

移植希望者 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

移植希望登録をしている臓器 \_\_\_\_\_

公益財団法人長野県アイバンク・臓器移植推進協会理事長 殿

記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

確認者

氏名 \_\_\_\_\_ 印 脳器の摘出を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_  
(記名押印又は自筆署名)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 脳器の摘出を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_  
(記名押印又は自筆署名)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 脳器の摘出を受ける者との続柄 \_\_\_\_\_  
(記名押印又は自筆署名)

住所 \_\_\_\_\_

説明者

病院(医院)医師 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(記名押印又は自筆署名)

ライオンズクラブ 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(記名押印又は自筆署名)