

### 個人情報保護シール

このシールを臓器提供意思表示欄に記入したあと、上から貼り付けてください。

このシールは、一度貼ると貼り直すことができません。

注 意 事 項 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。

お問い合わせ先 富士市役所 国民健康保険課 TEL0545-55-2751

\* 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》

【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】

署名年月日： 年 月 日【特記欄： \_\_\_\_\_】

本人署名（自筆）： \_\_\_\_\_ 家族署名（自筆）： \_\_\_\_\_