

不使用臓器記録書

摘出を受けた者

氏名 _____ 住所 _____

性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

摘出日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

摘出が行われた医療機関（臓器提供施設）

名称 _____ 所在地 _____

摘出した臓器の名称 _____

（左右の別及び部位の別を含む）

臓器のあっせんを行った者

氏名 公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク

住所 〒107-0052 東京都港区赤坂2-9-11 オリックス赤坂2丁目ビル

移植に使用しないこととした医師

氏名 _____ 住所 _____

（又は所属医療機関の所在地及び名称）

移植に使用しないこととした理由

医師が特に必要と認めた事項

記録作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記録作成者（移植に使用しないこととした医師）

氏名 _____ 印

（記名押印又は自筆署名）