



## ใบแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....วัน/เดือน/ปี(เกิด).....

หมายเลขบัตรประชาชน.....อาชีพ.....

ที่อยู่ เลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทร.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-mail.....

ขออุทิศอวัยวะของข้าพเจ้าเมื่อถึงแก่กรรมแล้ว ได้แก่ (โปรดทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง ตามอวัยวะที่บริจาค)

หัวใจ  ตับ  ไต  ปอด  อวัยวะทุกส่วนที่ใช้เป็นประโยชน์ได้

เพื่อมอบให้แพทย์นำไปรักษาช่วยชีวิตผู้ป่วยด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะด้วยความเต็มใจ

โดยที่ข้าพเจ้าได้ปรึกษาหารือกับครอบครัวก่อนแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะแล้ว และได้รับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีว่า

แพทย์จะทำการตกแต่งร่างกายให้เป็นที่เรียบร้อยโดยมิทำให้เกิดความล่าช้าในการประกอบพิธีทางศาสนา

ลงชื่อ.....ผู้บริจาค  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

(การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะนี้ ไม่ใช้การบริจาคดวงตาและร่างกายเพื่อเป็นอาจารย์ใหญ่)