



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 หัวใจ ตับ ไต ปอด

(โปรดทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง ตามอวัยวะที่บริจาค) อวัยวะทุกส่วนของร่างกายที่ใช้เป็นประโยชน์ได้

เพื่อมอบให้แพทย์นำไปรักษาช่วยชีวิตผู้ป่วยด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะด้วยความเต็มใจ โดยที่ข้าพเจ้าได้ปรึกษาหารือกับครอบครัวก่อนแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะแล้ว และได้รับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีว่า แพทย์จะทำการตกแต่งร่างกายให้เป็นที่ยอมรับโดยมิทำให้เกิดความลำ้าในการประกอบพิธีทางศาสนา

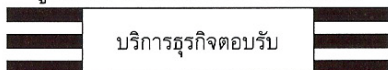
ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ ผู้บริจาค

(.....) พยาน (.....)

(การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะนี้ ไม่ใช้การบริจาคดวงตาและร่างกายเพื่อเป็นอาจารย์ใหญ่)

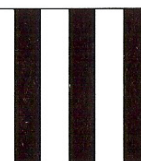


ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย



บริการธุรกิจตอบรับ

ใบอนุญาตเลขที่ ปน. (ต)/1340 ปท. รongเมือง
ถ้าฝากส่งในประเทศไม่ต้องพนักตราไปรษณียากร



ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย

อาคารเทิดพระเกียรติสมเด็จพระญาณสังวร (เจริญ สุวฑฺฒโน) ชั้น 5

ถนนอังรีดูนังต์ ปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330