



编号: _____

湖南省遗体、角膜捐献自愿书

湖南省遗体、角膜捐献是提供教学及科学研究、让他人重见光明的高尚行为，是“人道、博爱、奉献”精神的崇高体现。我自愿在身故后无偿捐献我的遗体/角膜。

我保证填写的以下信息准确真实，并承诺，如在以下信息发生变更或个人意愿发生变化时，及时告知湖南省红十字会登记机构。

本人相关信息：

姓名：_____ 性别：_____ 出生年月：_____

民族：_____ 学历：_____ 职业：_____

移动电话：_____ 固定电话：_____

证件类型：_____ 证件号码：_____

现居住地：_____ 邮政编码：_____

户籍地址：_____ 邮政编码：_____

家属姓名：_____ 与本人关系：_____

移动电话：_____ 固定电话：_____

我自愿捐献：遗体 眼角膜 其它 (_____)

捐献人签名：_____

年 月 日