

〈楷書ではっきりとお書き下さい〉

# 献眼登録申込書

年 月 日

公益財団法人 ひろしまドナーバンク 殿

〔提供者〕 私は献眼いたしたく登録を申し込みます。

フリガナ

氏 名

1. 男

2. 女

住 所

〒

生年月日

年 月 日 ( 歳)

電話番号

— —

親族優先提供を希望

します , しません  
(どちらかに○をしてください)

〔同意者〕

—— なるべく近親者をお願いします ——

提供者の意思を尊重し、ドナーバンクに連絡いたします。

住 所

続 柄

氏 名

仲介団体  
記入欄

団体コード

団体名