

献眼登録申込書

登録年月日

登録番号

公益財団法人ひろしまドナーバンク殿

私はアイバンクの事業に賛同し献眼登録を申し込みます

《楷書ではっきりとお書きください》

提供者

フリガナ

氏 名

男 ・ 女

〒
住 所 広島県

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

提供者の意思を尊重しドナーバンクに連絡いたします

氏 名

続柄

住 所