

臺中榮民總醫院  
捐贈眼角膜教學訓練使用同意書

科別：	_____	病床號：	_____
索引號：	_____	性別：	_____
姓名：	_____		
出生年月日：	_____		

捐贈者\_\_\_\_\_捐贈之眼角膜/眼球，經全國性眼角膜保存庫處理檢驗完成後，若移植醫院臨床醫師評估不適合作為常規移植之用，且無緊急醫療需求者，立同意書人\_\_\_\_\_ 同意 不同意，將其眼角膜提供全國性眼角膜保存庫教學訓練使用，以提升捐贈眼角膜品質及移植成功率。

此致

全國性眼角膜保存庫

北區分庫-委託國立臺灣大學醫學院附設醫院辦理

南區分庫-委託國立成功大學醫學院附設醫院辦理

立同意書人：\_\_\_\_\_ (簽章)

身分證字號：\_\_\_\_\_

與病人關係：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

說明：依【人體器官移植條例】第6條及第8條之一規定，最近親屬以書面同意者，其範圍如下：一、配偶；二、直系血親卑親屬；三、父母；四、兄弟姊妹；五、祖父母；六、曾祖父母或三親等旁系血親；七、一親等直系姻親。