

腎・アイバンク 献眼登録 申込書

枚 / 枚中

年 月 日 第 グループ RC

\* 私は死後、角膜提供の為に、公益財団法人埼玉県腎・アイバンク協会に眼球を提供いたします。

1	フリガナ		性別
	氏名 (自署)		男 ・ 女
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳)	親族優先提供の希望
	住所	〒 埼玉県	有 ・ 無
	TEL		
2	フリガナ		性別
	氏名 (自署)		男 ・ 女
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳)	親族優先提供の希望
	住所	〒 埼玉県	有 ・ 無
	TEL		
3	フリガナ		性別
	氏名 (自署)		男 ・ 女
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳)	親族優先提供の希望
	住所	〒 埼玉県	有 ・ 無
	TEL		
4	フリガナ		性別
	氏名 (自署)		男 ・ 女
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳)	親族優先提供の希望
	住所	〒 埼玉県	有 ・ 無
	TEL		
5	フリガナ		性別
	氏名 (自署)		男 ・ 女
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳)	親族優先提供の希望
	住所	〒 埼玉県	有 ・ 無
	TEL		