**不 使 用 臓 器 記 録 書**

摘出を受けた者

 氏名　　　　　　　　　　　　住所

　性別　　　　　　生年月日　　　年　　　月　　　日

摘出日時　　　　　　年　　　月　　　日　　午前 ・ 午後　　　　時　　　分

摘出が行われた医療機関（臓器提供施設）

　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　所在地

摘出した臓器の名称

（左右の別及び部位の別を含む）

臓器のあっせんを行った者

　氏名　公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク

　住所　〒108-0022 東京都港区海岸3-26-1 バーク芝浦

移植に使用しないこととした医師

氏名　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（又は所属医療機関の所在地及び名称）

移植に使用しないこととした理由

医師が特に必要と認めた事項

記録作成日　　　　　年　　　月　　　日

記録作成者（移植に使用しないこととした医師）

氏名　　　　　　　　　　　　　印

（記名押印又は自筆署名）