

預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇撤回聲明書

本人_____已簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，現聲明撤回該意願之意思表示，特簽署本聲明書。

1. 姓名	(請務必填寫)
2. 臺灣原住民族之傳統姓名	
3. 身分證號碼	(請務必填寫)
4. 電子郵件	
5. 出生年月日	年 月 日 (請務必填寫)
6. 聯絡電話	(請務必填寫)
7. 通訊地址	(請務必填寫)

簽名：_____ 日期：_____
(請務必親筆簽名)

衛生福利部 預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資料處理小組

網址：<https://hpcod.mohw.gov.tw/>

地址：10049 台北市中正區紹興北街5號8樓

電話：02-23933298

