

문서번호	접수일	접수자

## 뇌기증 희망자 등록신청서

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표시를 합니다.

신청인	성명	주민등록번호
	전화번호	전자우편주소
	주소 (우 )	
	정보수신 여부	<input type="checkbox"/> 전자우편 <input type="checkbox"/> 이동전화 문자메시지 <input type="checkbox"/> 우편물 환자 상태 확인을 위하여 서울대학교병원 뇌은행 또는 한국뇌은행에서 주기적으로 연락하게 됩니다. 한국뇌은행에 환자의 이름, 연락처와 권장 연락 주기가 제공됩니다.

「시체해부 및 보관에 관한 법률」 제1조에 준하여 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

등록기관장

서울대학교병원 뇌은행장 귀하

※ 본 신청서는 뇌기증 희망자 사망 후 5년간 보관됩니다.

