

Department  
of HealthDonate Life  
Registry

## ニューヨーク州ドネートライフ登録変更および指定用紙

donatelife.ny.gov | 1-866-NY-DONOR

私は次を要望します。

- 
- 本人確認情報の更新
- 
- 提供する臓器・生体組織の変更
- 
- 提供の目的の変更

\*は必須項目欄です。黒または青のインクでタイプ打ちまたははっきりと楷書で記入してください。

## 本人確認情報

\*氏名(名前) \_\_\_\_\_ (MI) \_\_\_\_\_ \* (苗字)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (月/日/年)

\*生年月日

または

NY 州 車両管理局(DMV) 識別番号 (9 行の運転免許証/仮免許証/ノンドライバーID 番号)

IDNYC 番号

## 連絡先

登録内容の変更については、電子メール(提供されている場合)または米国郵便で確認します。

- 
- 氏名が上記と同じ場合
- 
- 住所を変更
- 
- 電子メールアドレスを変更

氏名(名前) \_\_\_\_\_ (MI) \_\_\_\_\_ (苗字)

郵送先住所 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

電子メールアドレス \_\_\_\_\_ 電話番号 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

## 指定事項

\* 私は次を提供することに同意します。 すべての臓器、生体組織、眼球。または チェックマークを入れた臓器と生体組織のみ。臓器：  心臓  腎臓  肝臓  肺  腸  脾臓生体組織：  血管  骨および結合組織  角膜  眼球  皮膚\*私は、次の目的で自分の臓器および/または生体組織を提供することに同意します。 移植および研究<sup>◊</sup>       移植のみ       研究<sup>◊</sup>のみ

◊研究： 皆様からの臓器および組織のご提供を通じて、移植を必要とする患者さんの命を救い、治癒するためにあらゆる努力が払われます。登録者の皆様が研究に同意して頂くと、臓器や生体組織が移植に適さない場合に、新しい治療法につながる研究や教育にそれらを使用することを許可されたことになります。

## 署名および日付



Department  
of Health

Donate Life  
Registry



ニューヨーク州ドネートライフ登録変更および指定用紙

donatelife.ny.gov | 1-866-NY-DONOR

以下に署名することにより、私はニューヨーク州ドネートライフ登録簿への以前の登録内容の変更に同意したことを示します。私は、登録簿に登録することにより、私の死亡時に自分の臓器、生体組織、眼球（上記に記載）を提供することに法的に同意したことになることを理解しています。私は、本登録簿の管理者、連邦規制の臓器調達団体、ニューヨーク州認可の生体組織バンクおよびアイバンク、およびニューヨーク州保健局によって正式に承認された団体が、私の死亡時または死亡直前に、必要に応じてこの情報へアクセスすることを許可します。

\*署名

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\*日付

この用紙に記入し、署名と日付を入れます。電子メールの場合は [registry@donatelife.ny.gov](mailto:registry@donatelife.ny.gov) まで、郵送の場合は次の住所に提出してください。

New York State Donate Life Registry, 185 Jordan Road, Troy, New York 12180