

Department  
of HealthDonate Life  
Registry

## New York State Donate Life Registry Enrollment Form

### ニューヨーク州ドネートライフ登録申し込み用紙

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

臓器提供  
ニューヨーク州

提供された臓器や目や組織によって多くの人の命が救われています。ニューヨーク州臓器提供レジストリーに登録すると、あなたが死亡した場合に臓器や組織を提供することに同意したことになります。臓器提供時点であなたが 16 才または 17 歳の場合には、あなたの両親または法的保護者が登録について通知され、臓器提供を続行するかどうかに関する最終決定権を持ちます。

\*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

\*名前

(MI)

\*(苗字)

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

\*氏名(名前)

または

NYS DMV ID 番号(9 枠のライセンス/許可/非ドライバー 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。

\*番地とストリート名

\*都市

\*州

\*郵便番号

電子メール

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
電話番号

#### 明細事項

\*私は、下記の臓器の提供に同意します

臓器、組織および眼球を含むすべて

次で選択した臓器または組織のみ 脏器: 心臓 腎臓 肝臓 肺 腸 脾臓

組織: 血管 骨および結合組織 角膜 眼球 肌

\*私は、下記の目的のために臓器および(または)組織を提供することに同意します

移植および研究◊

移植のみ

研究のみ◊

◊研究: 移植を必要とする患者の命を救うため、提供された臓器および組織を移植するためにあらゆる努力が払われます。ここで研究に同意した登録者は、臓器や組織が移植に適さない場合、新たな治療法や治癒法につながる可能性のある研究や教育にそれらを提供することに同意したことになります。

#### 署名および日付

私は、ニューヨーク州臓器提供レジストリーに登録するため以下に署名いたします。私は、本レジストリーに登録することにより、死亡時に私の臓器、組



Department  
of Health

Donate Life  
Registry



## New York State Donate Life Registry Enrollment Form

### ニューヨーク州ドネートライフ登録申し込み用紙

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

織、眼球（上記に詳細を記入）を提供することに法的に同意したことを理解しています。私は、レジストリー管理者、連邦規定の臓器調達組織、私の死亡時または死亡直前にはニューヨーク州認可の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委員によって正式に承認された団体へ、必要に応じてこの情報へのアクセスを許可します。

\*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**