



Department
of Health

Donate Life
Registry



ニューヨーク州ドネートライフ登録削除用紙

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

ニューヨーク州ドネートライフ登録簿からご自身を削除されたい場合は、オンラインの donatelife.ny.gov で行う、またはこの用紙に記入、署名し、以下の住所に送付して削除を要請することができます。

*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

*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 桁の運転免許証/仮免許証/ノンドライバーID 番号)

IDNYC 番号

連絡先

削除については、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。

*郵送先住所

*市

*州

*郵便番号

電子メールアドレス

(____) _____ - _____
電話番号

署名および日付

以下に署名することにより、私は自分の臓器、眼球、生体組織の提供に対する同意を取り消し、ニューヨーク州のドネートライフ登録簿からの削除を要請します。

*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 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