附件2

**人体器官捐献协调员登记注册表**

省份： 证件编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | | 照片  （同报名表） |
| 身份证号 |  | | | | 学历 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 固定电话 |  | 手机 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 工作单位 |  | | | 职务 |  | | 职称 |  |
| 协调员  本人承诺 | 本人充分认识到人体器官捐献事业是挽救垂危生命、服务医学发展、弘扬人间大爱、展现人性光辉、体现社会文明进步的高尚事业，也深知协调员的责任神圣，我承诺认真履行协调员职责，严格遵守协调员行为规范，在规定区域内开展工作。  协调员签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 所在  单位  意见 | 确认该同志为我单位（在编□聘用□）工作人员，我单位同意为其开展人体器官捐献见证工作提供支持和保障。  单位（公章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 省级  管理  机构  意见 | 同意其成为人体器官捐献协调员，同意按照相关规定进行登记注册。  单位（公章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 省级  红十  字会  意见 | 单位（公章） 年 月 日 | | | | | | | |