様式第1号

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

※受理番号　第　　　　　号

※剖検番号　第　　　　　号

神戸大学大学院医学研究科長　　　　殿

病院所在地

病院名　　　　電話

院長名　　　　　　　　　　印

病理解剖依頼書

別紙のとおり下記死亡者の遺族から承諾を得たので病理解剖をお願いします｡

記

死亡者氏名　　　　　　性別　　生年月日　　年　　月　　日　　歳

臨床診断

(注)　※の項は記入しないこと｡