様式第2号

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

※受理番号　第　　　　　号

※剖検番号　第　　　　　号

　　　　　　　　　殿

神戸大学大学院医学研究科長　　　　　　　　印

病理解剖承諾書

令和　　年　　月　　日付けをもって依頼のありました死亡者(性別　　生年月日　　年　　月　　日　　歳)の病理解剖を下記により承諾します｡

記

1　解剖料金

2　解剖料の納付方法