別記様式第1号

平成　　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

依頼者(御遺族)の住所等

住所　：

氏名　：　　　　　　　　　　印

死亡者との続柄：

承諾解剖等依頼書

このことについて，下記のとおり依頼いたします。

記

1　依頼する内容(該当するものにチェックを入れてください。)

□承諾解剖　　　　□死体検案

2　死亡者の住所等

住所　：

氏名　：

生年月日　：　明治・大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日生(　　　歳)

3　死亡年月日

平成　　年　　月　　日

4　死亡の場所

5　死体検案書の必要枚数　　　　　　　　　　枚

(注)※の項は記入しないでください。