別記様式第2号

平成　　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

承諾解剖等承諾書

平成　　年　　月　　日付けで依頼のありました標記の件について，下記により承諾いたします。

記

1　承諾内容

□承諾解剖　　　　□死体検案

2　死亡者の氏名等

氏名

性別

年齢　　　　　　歳

3　承諾解剖料金等

承諾解剖・死体検案料　：　　　　15,000円

死体検案書発行料　　　：　　　　　　　円(　　　通)

4　料金の納付方法

承諾解剖又は死体検案終了後，速やかに現金により納付願います。

(＊教育研究上必要と認める場合は，承諾解剖料金等を徴収しないことがあります。)