

※受付番号第 号
※剖検番号第 号

病理解剖委託申請書

令和 年 月 日

長崎大学医学部長 殿
長崎大学原爆後障害医療研究所長 殿

申請者
所在地
(電話)
機関名
代表氏名 印

下記死亡者の遺族から別紙のとおり承諾を得たので、長崎大学病理解剖受託規程により病理解剖を委託したく申請します。

記

死亡者氏名		性別		生年 月 日	大昭 平令	年 月 日	年齢	歳
臨床診断								
以下長崎大学担当者記入欄								
解剖担当受付	令和 年 月 日			教授 印				