

医学部長	事務部長	総務課長	課長補佐	主 査	教室主任	教室係員	係 員

病理解剖に関する遺族の承諾書

令和 年 月 日

長崎大学医学部長 殿

ふりがな
氏 名 ⑩
生年月日 年 月 日生
死亡者との続柄
現 住 所 (〒 ー)

電話番号

下記の者が死体解剖保存法の規定に基づいて解剖されることに異存ありません

死亡者の 住所， 氏名等	現 住 所	県 市 町 番 号 郡 村 番地			
	ふりがな			性別	男・女
	死亡者氏名				
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生			才
死亡年月日		令和 年 月 日 午 時 分			
死 亡 場 所		市 町 番 号 郡 村 番地 (病院)			
開頭が必要な場合		開頭に 同意します ・ 同意しません			