

様式第1号

第 号
令和 年 月 日

※受理番号第 号
※剖検番号第 号

徳島大学医学部長 殿

病院所在地

病院名

電話

院長名

印

病理解剖依頼書

別紙のとおり下記死亡者の遺族から承諾を得たので病理解剖をお願いします。

記

死亡者氏名

性別

生年月日 年 月 日生 歳

臨床診断

- (注) 1 解剖承諾書を添付すること。
2 ※の項は記入しないこと。