別記第1号様式(第3条関係)

　第　　　　　号 　　　※受理番号第　　　　　　号

　　　　年　　月　　日 　　　 ※剖検番号第　　　　　　号

　熊本大学大学院生命科学研究部長　殿

病院所在地

病院名 　 Tel

院長名

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　　男　女　　　生年月日　　　年　月　日　　歳

臨床診断

(注)※の項は記入しないこと。