別記様式（第3条関係）

死亡時画像診断申込書

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　熊本大学

　大学院生命科学研究部長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委託者　　（機関代表者）　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者：職・氏名　　　　　　電話　　　　　）

　下記のとおり、死因特定のため死亡時画像診断を申し込みます。

１　申込区分　　　□画像診断（読影を含む）　　□画像のみ

２　氏名（フリガナ）・性別　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女

３　住所　　　〒

４　生年月日　西暦　　　　年　　　月　　　日

５　死亡日時　西暦　　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　分　　　□不明

６　撮影部位　　　□　全身　　　　　　□その他（ご遺体の一部しかない等特別な場合）

７　死亡前後の状況等（具体的に）

|  |
| --- |
|  |

　※　得られた個人や名前を識別する情報は、症例報告や研究発表に使用いたしません。

　　　なお、匿名化したデータは今後の医学・医療発展のために利用させていただきます。

|  |
| --- |
| 【受付番号　第　　　　号】  　上記申込を承認する。  　　　　　年　　　　月　　　　日  　熊本大学大学院生命科学研究部長　　印 |