細３号

**死体保存許可申請書**

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 　　　年　　月　　日

福岡市長　　　　　　　様

 　 住　所

　　　 　申請者

 　氏　名

次のように死体を保存したいので、死体解剖保存法第１９条第１項の規定により申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保存をしようとする者の住所，氏名及び年齢 | 住　所 | 〒 (℡　 　　　　　　 ) |
| 氏　名 |  |
| 年　齢 |  |
| 保存を必要とする理由 |  |
| 保存をしようとする場所 | 〒 (℡　 　　　　　　 ) |
| 死者の住所，氏名及び性別（死胎のときは父母の住所，氏名及び死胎の性別） | 住　所 | 〒 (℡　 　　　　　　 ) |
| 氏　名 |  |
| 性　別 |  |
| 保存をしようとする死体の全部又は一部の別（一部を保存するときはその部位） |  |
| 死亡年月日（死胎のときは分娩年月日） |  |

添付書類　死体保存に関する遺族の承諾書（福岡市死体解剖保存法施行細則別記様式第４号の１）　　　　又は死体保存に関する遺族の諾否確認不能申述書（福岡市死体解剖保存法施行細則

別記様式第４号の２）