解剖１号

**死体解剖許可申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　年　　月　　日

福岡市保健所長　様

　　　　住　所

　　　 　　　　　申請者

　　　　氏　名

次のように死体を解剖したいので、死体解剖保存法第２条第１項の規定により申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 解剖をしようと  する者の住所、  氏名及び年齢 | 住　所 | 〒  (℡　 　　　　　　 ) |
| 氏　名 |  |
| 年　齢 |  |
| 医師又は歯科医師である  ときはその旨 | |  |
| 解剖を必要とする理由 | |  |
| 解剖をしようとする場所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(℡　 　　　　　　 ) |
| 解剖に関する履歴の詳細  （解剖に従事した学校又  は病院の名称、経験年数、  剖検数等を明記のこと。） | |  |
| 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 |  |

添付書類

(1) 死亡診断書（又は死体検案書）抄（死体解剖保存法施行規則第１条に規定する第１号書式）

(2) 解剖に関する遺族の承諾書（解剖６号：死体解剖保存法施行規則第１条に規定する第２号

書式）又は遺族の諾否確認不能証明書（解剖７号：死体解剖保存法施行規則第１条に規定

する第３号書式）

(3) 医師又は歯科医師であるときは、免許証の写し

(4) 医師又は歯科医師でないときは、履歴書