解剖５号

**死体保存に関する遺族の諾否確認不能証明書**

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　年　　月　　日

福岡市保健所長　　様

住　所

死体保存者

氏　名

　次の理由により、遺族の所在が不明でその承諾が得られないことを申し述べます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 死者の住所、  氏名 | 住　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　(℡　　　　　　　　) |
| 氏　名 |  |
| 直接死因及び間接死因 | |  |
| 死体の保存を特に必要と  する理由 | |  |
| 遺族の所在が不明の理由 | |  |