解剖７号（規則第３号書式）

死体解剖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

 主治医師

住　所

氏　名

 医師（又は歯科医師）

住　所

氏　名

　次の死体については、遺族の承諾がなくてもその解剖が必要であることを証明する。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 死亡者の住所及び氏名 |  住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　(℡　　　　　　　　) |
|  氏　名 |  |
| 直接死因及び間接死因 |  |
| 死体の解剖を特に必要と認める理由 |  |
| 遺族の所在が不明のときはその旨及びその理由 |  |
| 遺族が遠隔の地に居住する等の理由により遺族の諾否の判明するのを待っていては、その解剖の目的がほとんど達せられないことが明らかな場合はその旨及びその理由 |  |