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 | |  |