第１号様式

**死体解剖許可申請書**

　　年　　月　　日

（宛先）京都市保健所長

申請者

住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　名（法人にあっては、法人の名称及び代表者名）

電　話

　下記のとおり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。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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、生年月日及び性別（死胎のときは父母の住所、氏名及び死胎の性別） | 住　所 | 〒 |
| 氏　名 | 生年月日　　　　　　　　　　性別 |

添付書類

　⑴　死亡診断書（又は死体検案書）抄（省令第一号書式）

　⑵　解剖に関する遺族の承諾書（省令第二号書式）又は遺族の諾否確認不能証明書（省令第三号書式）

　⑶　医師又は歯科医師であるときは、免許証の写し

　⑷　医師又は歯科医師でないときは、履歴書