

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

- (1) 死亡診断書 (又は死体検案書) 抄 (省令第一号書式)
- (2) 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)
- (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