

第 4 号様式(第 3 条関係)

年 月 日

那覇市保健所長 宛

申請者 住 所

フリガナ

氏 名 印

年 齢

電話番号

死体解剖場所の許可申請書

死体解剖保存法第9条ただし書の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請
します。

資格	医師・歯科医師・その他()				
登録年月日及び登録番号	年 月 日 号				
解剖をしようとする場所					
解剖室で解剖が行えない理由					
被解剖者(死胎の場合は、 父母の住所、氏名、妊娠 月数及び死胎の性別)	住所				
	氏名				
	年齢(妊娠月数)		性別	男・女	

(添付書類)

- 1 医師又は歯科医師である者は免許証の写し
- 2 死体解剖保存法施行規則第1条の死亡の事実を証明する書類
- 3 死体解剖保存法施行規則第1条の保存に関する遺族の承諾書又は死体解剖保存法第7条第2号の規定に該当することを証する証明書