

別記様式第1号(第2条第1項関係)

(献体(解剖実習)用)

A i センター長	A i センター 副センター長	受付年月日	受付番号

死亡時画像検査申込書

年 月 日

島根大学医学部附属病院長 殿

委託者 講座等名

代表者名

内線番号

印

下記のとおり死亡時画像検査(CT)を申し込みます。

記

1 氏名・性別 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

2 生年月日 M・T・S・H \_\_\_\_\_ 年 月 日

3 死亡日時 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 時 分

4 その他特記すべき事項 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_