第　　号

令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　※受理番号第　　　　　　号

北海道大学大学院医学研究院長　殿

病院所在地

病院名

院長名(管理者)　　　　　　　　　　　㊞

死亡時画像診断委託書

下記死亡者の遺族から承諾は得ておりませんが、当院の責任において、死亡時画像診断を委託します。また、貴センターでの画像データの保存にも同意いたします。

記

(フリガナ)

死亡者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　男　女

生年月日　　　　明治・大正・昭和・平成・令和　　　年　(西暦　　　　年)　　月　　日

年齢　　　　歳

臨床診断

(注)※の項は記入しないこと。