

平成 年 月 日

御中

医療事故調査制度に基づく必要事項を記載の上、下記の通り依頼致しますので、よろしくお願い致します。

| | | | |
|-------------------|--------------------|---------------|--------|
| 依頼者 | 施設名 | | |
| | ご担当者 (部署) | | |
| | 住所 〒 | | |
| | 電話 _____ FAX _____ | | |
| 依頼内容 | 遺体搬送 | 遺体保管 (日位) | その他() |
| ご遺体安置先 (引き取り先) | 施設名 | | |
| | ご担当者 | | |
| | 住所 〒 | | |
| | 電話 _____ FAX _____ | | |
| 故人名 | 様 | | |
| ご連絡先 | 氏名 | 故人との関係 | |
| | 住所 〒 | | |
| | 電話 _____ FAX _____ | | |
| 料金請求先 | 医療機関 | 都道府県医師会 | その他() |
| | 施設名 (担当者) | | |
| | 住所 〒 | | |
| | 電話 _____ FAX _____ | | |

米 遺体保管は冷蔵庫での保管が望ましい。詳細は依頼者、各都道府県医師会等にお問い合わせ下さい