

献体登録申込書

年 月 日

朝日大学学長殿

医学・歯学の教育と研究の発展を願って、私の遺体を提供することをここに申込みいたします。

申込者（本人）

ふりがな		性別
氏名 (署名)	⑩	男・女
生年月日	年 月 日生 (歳)	
住所	〒 電話番号 () -	

献体登録に関する下記の項目についてご了承の上、にチェックをご記入下さい。

- 朝日大学に献体登録したことは家族全員に告知しました。
- 感染症および外傷等により解剖に適さない場合は朝日大学で引取できない可能性があることを了承します。

下記の項目についてご同意頂ける場合は、にチェックをご記入下さい。

- 私の遺体が医師・歯科医師の医療技術の修得および医師・歯科医師の臨床医学における教育研究にも供されることを了承します。

火葬後の遺骨について、下記の該当する番号に○をつけて下さい。

1. 遺骨は朝日大学慰霊塔へ納骨して下さい。
2. 遺骨は下記の返還先へ返還して下さい。

返還先（申込者との続柄： ）

ふりがな		性別
氏名		男・女
住所	〒 電話番号 () -	

献体申込に関する同意書

年 月 日

申込者が献体登録することに同意します。

同意者 (1) (申込者との続柄:)

ふりがな		性別
氏名 (署名)	⑩	男・女
生年月日	年 月 日生 (歳)	
住所	〒 電話番号 () -	

献体登録に関する下記の項目についてご了承の上、にチェックをご記入下さい。

- 申込者の遺体が感染症および外傷等により解剖に適さない場合は朝日大学で引取できない可能性があることを了承します。

下記の項目についてご同意頂ける場合は、にチェックをご記入下さい。

- 申込者の遺体が医師・歯科医師の医療技術の修得および医師・歯科医師の臨床医学における教育研究にも供されることを同意します。

年 月 日

同意者 (2) (申込者との続柄:)

ふりがな		性別
氏名 (署名)	⑩	男・女
生年月日	年 月 日生 (歳)	
住所	〒 電話番号 () -	

献体登録に関する下記の項目についてご了承の上、にチェックをご記入下さい。

- 申込者の遺体が感染症および外傷等により解剖に適さない場合は朝日大学で引取できない可能性があることを了承します。

下記の項目についてご同意頂ける場合は、にチェックをご記入下さい。

- 申込者の遺体が医師・歯科医師の医療技術の修得および医師・歯科医師の臨床医学における教育研究にも供されることを同意します。