平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　金沢大学医薬保健研究域長

平成　　年　　月　　日付けをもって依頼のありました病理解剖を下記により承諾いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 死亡者氏名 |  |
| 受理番号 | 　　第　　　　　号　　 |
| 剖検番号 | 　　第　　　　　号 |
| 解剖料金 | 　　￥２７０，０００円 |
| 解剖料の納付方法 | 　　：請求書 |
| 解剖料の納入場所 |  |