

病棟師長	看護部長	総務課庶務担当		人事課給与担当		総務課長	事務局長	病理診断 科部長	副院長	院長
		担当	主査	担当	主査					

令和.....年度.....件
令和.....年.....月.....件

病 理 解 剖 控

(解剖時必要書類 1 / 3)

1 解剖年月日

令和.....年.....月.....日
午前・午後.....時.....分から
午前・午後.....時.....分まで

2 解剖場所

大牟田市宝坂町2丁目19番地1
大牟田市立病院

3 解剖した死体の住所・氏名・年齢等

住 所 ※.....
※.....

氏 名 ※.....
生年月日 ※.....

4 主治医・依頼医

所 属 ※.....
医 師 名 ※.....

5 解剖した医師の氏名等

	解剖した医師	指導医
所 属		
医 師 名		
解剖医資格番号	第.....号	第.....号
取得年月日年.....月.....日年.....月.....日
経 験 年 数年	※解剖した医師が「解剖医資格未習得」の場合、上記に指導医の氏名等をご記入ください。
解 剖 数体	

※印部分すべてに記入をお願いします。大牟田市立病院病理診断科