令和 　年 　月　　日

大分大学白菊会会長　殿

 　　　　　　　　申込者氏名

**白 菊 会 入 会 申 込 書**

私は，大分大学白菊会会則の趣旨に賛同し，遺体を医学の教育・研究のために献体することに同意しましたので，同会の会員にしていただくため，下記のとおり入会を申し込みます。

 　　　　　記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本　　人 | 現住所 | 〒 |
| 本　 籍  | 　　　都・道・府・県 |
| ふりがな |  |  | 生年月日 | 昭和・平成年　　月　　日（　歳） |
| 氏　　名 |  |  |
| 職業 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 電話番号 | 　　　　　携帯 |
| 医師以外の医療従事者(看護師等)を目指す学生が解剖実習を見学することについて | 可 ・ 否 |
| 医師の「ご遺体を用いた手術手技研修」にご遺体を使わせていただくことについて | 可 ・ 否 |

　**既往症**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主な病名等 | 発病年月日 | 全快年月日 | その後の健康状態 | 特記事項 |
|  |  |  |  |  |

**同　意　書**

左記申込者は貴会の趣旨に賛同し貴会をとおして，遺体を医学の教育・研究の

ため大分大学に献体することに私共は同意しましたので，次のとおり署名捺印の

うえ提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| **同意者代表** | 同　意　者 |
| 住 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| (ふりがな)氏 名 | ㊞ | 本人との続 柄 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　 | 携帯番号 |  |
| 職　　業 |  | 生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 （満 歳） |
|  |
| 住 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| (ふりがな)氏 名 | ㊞ | 本人との続 柄 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 携帯番号 |  |
| 職　　業 |  | 生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 （満 歳） |
|  |
| 住 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| (ふりがな)氏 名 | ㊞ | 本人との続 柄 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 携帯番号 |  |
| 職　　業 |  | 生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 （満 歳） |

（その他お伝えしたい事がありましたら，ご自由にご記入ください）