

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、同会の会員にさせていただくため、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)
