

死体解剖資格認定者の住所変更届

本籍

旧住所 郵便番号

新住所 郵便番号

電話番号

医師(又は歯科医師) 氏名

年 月 日生

一 認定番号及び年月日

二 住所変更の年月日

三 住所変更の理由

右のとおり住所を変更しましたので、死体解剖保存法施行令第五条第一項の規定により、関係書類を添えお届けします。

年 月 日

氏名

長崎県知事 様