面談日　令和　　年　　月　　日

関西医大白菊会会長　殿

入　会　申　込　書

貴会の趣旨に賛同し、関西医科大学における正常解剖のため、私の死後、遺体を貴学に献納いたします。

なお、貴学における正常解剖に際し、下記事項に同意いたします。

・学生教育

医学部・歯学部学生による解剖学実習

将来の医療従事者による見学実習

・医療手技の修練

医師・歯科医師を対象とした医療手技の修練

医療従事者の医師との医療連携行為

・研究

人体の構造や物性等に関する研究

医療技術・医療機器開発研究

・正常人体情報の抽出と知的財産権

正常人の人体情報の医学教育・研究への応用

知的財産権が発生した場合は、これを関西医科大学に帰属させます

令和　　年　　月　　日

（ふりがな）

申込者氏名：　　㊞

性別：　　男・女

生年月日：昭和　　年　　月　　日　　生

郵便番号（　　－　　）

現住所：

連絡先：

関西医大白菊会会長　殿

同　　意　　書

　このたび申込者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が貴会に入会し、貴会を通じて関西医科大学に献体の登録をすることについて、同意いたします。

令和　　年　　月　　日

（ふりがな）

同意者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　続柄＿＿＿＿＿＿

（〒　　－　　）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ふりがな）

同意者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　続柄＿＿＿＿＿＿

（〒　　－　　）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※同意者の方は３親等以内かつ 20 歳以上のご親族の方でお願いいたします。
　必ず２名の方の同意を得てください。
※同意者の方の連絡先は、可能な限り異なる連絡先をご記入していただきますようお願いいたします。