死 後 検 査 承 諾 書

合同会社ノーバウンダリーズ動物病理　殿

・死後検査の内容について十分に理解しましたので、死後検査の実施に同意します。

・死後検査の結果をもとに執筆（ソーシャルメディア等への投稿を含む）、訴訟、保険請求等を行う場合は、貴社に事前に文書（書式自由。電子メールでも可能。mitsui@no-boundaries.jp まで）にて連絡および相談し、必ず貴社の反応を得ます。

・死後検査の代金について、最終報告完了後に貴社から送付される請求書受領後、速やかに（猶予期間最長１か月）、一括振込により支払います。

・死後検査の結果を貴社が学術目的に限定して使用（獣医学および医学の研究、発表、投稿等）することに、個人情報の保護を条件に同意します。

以上を踏まえ、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（*患者様お名前*）の死後検査の実施を承諾します。

年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿