

教授承認印	
-------	--

# 死 亡 届

平成 年 月 日

医 学 部 長 殿

医	学	部	医	学	科
平成	年度	入学			回生
学生番号					
氏 名					

上記の者 \_\_\_\_\_ のため 平成 年 月 日 死亡

しましたのでお届けします。

届 出 人 : \_\_\_\_\_ 印

(本人との続柄 : \_\_\_\_\_ )

届出人現住所 : 〒 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

注 : 医師の死亡診断書または死亡を証明する書類を添付してください。