

# 病理解剖申請單

年 月 日

病患姓名		病歷號碼		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	
床號		住院日期	年 月 日	死亡時間	年 月 日 時 分			
申 請 說 明								
審 核 部 門			申 請 部 門				核 准 編 號	
院 長		醫 教 會		科 主 任		申 請 主 治 醫 師		
							登記人簽章	

一式三聯：申請部門 醫教會 院長 醫教會

↓ ↓ ↓  
① ② ③  
解 醫 申  
剖 醫 請  
病 教 部  
理 部 門  
科 會