

新たに想定される教育・研究・研修に関する同意書

東京科学大学献体の会（旧 東京医科歯科大学献体の会） 殿

同意してくださる項目に○をつけてください

同意しない場合は、空欄のままをお願いします

		同意します
1 教育	医療関係者のための解剖学教育	☐
2 研究	医療技術ならびに医療器具の開発、 検証についての研究	☐
3 研修	医師または歯科医師が高度な医療技術 を習得するための研修	☐

記入不要です

〇〇年 〇〇月 〇〇日 登録番号（

必ず献体登録を申し込むご本人
が自筆でご記入ください

氏名 文京 花子 文京

住所 東京都文京区湯島〇—〇〇—〇〇

※同意しない場合について

本同意書に同意しない場合は、現行の医学・歯学の大学における解剖学の教育・研究を
目的とした献体に登録することになります。その場合は、同意書を空欄のままご返送ください。
氏名等の記載とご捺印をお願いいたします。