（様式１）

番　　号

日　　付

死因究明拠点整備モデル事業申込書

事 業 名（応募する事業を○で囲んで下さい）

検案・解剖拠点モデル事業　　薬毒物検査拠点モデル事業

自治体名

（大学は法人名）

代表者名

所 在 地

担当者連絡先

所 属

役 職

氏 名

所在地

ＴＥＬ △△－△△△△－△△△△（代表） 内線△△△△

ＦＡＸ △△－△△△△－△△△△

e－mail \*\*\*\*@\*\*\*\*\*\*\*\*