



Medical Examiner's Office
321 University Avenue
Philadelphia, PA 19104

电话: (215) 685-7456
传真: (215) 685-9465
电子邮件: medicalexaminer@phila.gov

营业时间:
星期一 - 星期五上午 9:00 至 下午 4:30

记录请求表

死者姓名: _____ 死亡日期/案例编号: (如果知道) _____

申请者姓名: _____ 与死者的关系: _____

申请者地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电话号码 (家庭电话/手机): _____ (工作电话): _____

签名: _____ 日期: _____

请求的信息 (勾选所有适用项)			
<input type="checkbox"/>	填写案例文件 (包含尸检和毒理学报告)		\$50.00
<input type="checkbox"/>	尸检和毒理学报告		\$35.00
<input type="checkbox"/>	照片:		每张 \$5.50 每张光盘 \$5.50
<input type="checkbox"/>	组织学载玻片		每片 \$8.00
支付方式 (勾选其中一项) (抬头为“费城市”的支票或汇票)			
<input type="checkbox"/>	支票	支票号: _____	支付金额: \$ _____
<input type="checkbox"/>	汇票	汇票号: _____	支付金额: \$ _____
<input type="checkbox"/>	现金支付给我		

如果您不是直系亲属, 请填写下方所示的“授权”部分
或

如果您为律师或组织机构, 您必须以邮寄方式提交来自直系亲属授权的正式信函, 或当面交付获得费城法务局批准的盖章传票, 费城法务局地址:
1515 Arch Street, Philadelphia, PA 19102。

授权发布信息

本人, _____ 授权 _____ 来接收与
本文件相关或包含在本文件中的任何/所有信息。

签名: _____ 签字日期: _____