



Medical Examiner's Office
400 North Broad Street
Philadelphia, PA 19130

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

营业时间:
星期一 - 星期五上午 8:30 至下午 4:30

记录请求表

死者姓名: _____ 死亡日期/案例编号: (如果已知) _____

请求者姓名: _____ 与死者的关系: _____

请求者地址: _____ 城市: _____

州: _____ 邮政编码: _____ 电子邮箱: _____

电话号码 (住宅电话/移动电话): _____ (工作电话): _____

签名: _____ 日期: _____

所需信息 (勾选所有适用项)			
	完整的案例文件 (包括尸检和毒理学报告)		\$50.00
	尸检和毒理学报告		\$35.00
	组织学载玻片		每张 \$8.00
支付方式 (勾选一项) (支票或汇票, 抬头为“费城”)			
	支票	支票号:	支付金额: \$
	汇票	汇票编号:	支付金额: \$
	将帐单寄给我		

如果您不是直系亲属, 请填写下方的“授权”部分
或

如果您是律师或组织机构, 您必须以邮寄方式提交一份由直系亲属提供的正式授权信函, 或亲手递交获得费城法律部门 (Philadelphia Law Department) 批准的盖章传票, 费城法律部门地址为 1515 Arch Street, Philadelphia, PA 19102。

信息发布授权

本人, _____, 授权 _____ 接收与此文件相关或包含在此文件中的任何/所有信息。

签名: _____ 签署日期: _____