

様式第1号（第4条関係）

精神障害者等の診察及び保護申請書

年 月 日

兵庫県知事 様

申請者 住所.....

氏名.....

年 月 日生

電話（ ）.....

電子メール.....

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条第1項の規定により、次の者について、精神保健指定医の診察及び保護を申請します。

精神障害者 又はその疑 いのある者	居住地					
	現 在 場 所					
	氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
現に保護の 任に当たっ ている者	住 所					
	氏 名			続柄		
症状の概要						
保健所受付			県 受 付			