

令和 年 月 日 交付

検 診 命 令 書

堺市 保健福祉総合センター所長

印

下記により検査を受けて下さい。

- 1 検診を受ける日時 年 月 日 時 分
- 2 検診を受ける場所
- 3 検診を行う医療機関の名称
住所

担当医師等氏名
- 4 検診理由
- 5 備 考

(注意)

- 1 検診を受けるときは、この書類を持参して下さい。
- 2 この検診命令は、生活保護法第28条第1項の規定にもとづくものです。
- 3 この検診命令を受けないと、同条第5項の規定により、あなたの保護申請が却下され、またはあなたに対する保護が変更、停止若しくは廃止される場合があります。
- 4 この検診命令について疑問がある場合には、福祉事務所に相談して下さい。

問い合わせ先

担当員