

(様式第5号)

第 号  
年 月 日

《保健センター長》 様

精神保健課長

精神保健指定医の診察について（通知）

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条の規定により調査をした結果、下記のとおり診察を実施することとなりましたので通知します。

記

1 被診察者 現住所：  
氏名：  
性別： 男・女  
生年月日： 年 月 日  
年齢： 歳

2 診察実施年月日 年 月 日 午前・午後

3 診察実施場所