

(様式第7号)

第 号
年 月 日

《家族等》 様

堺市長

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