

※붉은 글자를 수정하여 나고야에 적용할 수 있습니다 아이치현은 각 보건소 장이
수행합니다 나고야시에서는 본부가 담당합니다 나고야 시장이 실행합니다
※중소 도시에서는 적용되지 않는다

(별지양식 제 49)

제 호
년 월 일

님

아이치현 보건소장

정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률 제 34 조 (제 1 항·제 2 항) 항규정에
근거하여 진찰의 실시에 대하여(통지)

당신이 보호하고 계시는 아래의 분에 대하여 진찰을 실시합니다.

또한 후견인, 보좌인, 친권을 실시하는 자, 배우자 기타 현재 본인의 보호를
맡고있는 자는 이 진찰을 입회하는 것이 가능합니다.

또한 피진찰자를 반송하는 경우는 동행해 주시기 바랍니다.

기

진찰을 받는자	후리가나		남 여	생년 월일	년 월 일 (만 세)
	성명				
	현주소				
일시	년 월 일 () 오전 오후 시 분				
장소					
참고					

담당
전화
FAX

(별지양식 제 54-1)

※붉은 글자를 수정하여 나고야에 적용할 수 있습니다 아이치현은 각 보건소 장이
 수행합니다 나고야시에서는 본부가 담당합니다 나고야 시장이 실행합니다
 ※중소 도시에서는 적용되지 않는다

정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률 제 34 조 제 1 항 규정에 의거하여
 이송에 관한 동의서

년 월 일

아이치현 보건소장 귀하

주소
 성명 인

하기의 사람에 대해 수용병원까지 반송하는 것을 동의합니다.

기

진찰을 받는 자	후리가나		남	생년	년 월 일
	성명		여	월일	(만 세)
	현주소				
반 송 경 로					
반 송 수 단					
가족등 동행자의 성명					
현재 보호를 맡고있는 자	성 명		관계		
	주 소				

담 당
 전 화
 F A X