様式第１号（第２条関係）

診察保護申請書

　　年　　月　　日

　　　広島県知事様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 郵便番号住所氏名電話番号 | 　　　　　　　　　　 |
| 　　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条の規定により，次の者について，診察及び必要な保護をしてください。 |
| 本人 | フリガナ氏名 | (男・女) | 生年月日 |  | 年　　月　　日　 |
| 現在場所 | 　 |
| 居住地 | 　 |
| 現に本人の保護の任に当たっている者 | フリガナ氏名 | (男・女) | 続き柄 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 症状の概要 |  |

　注　用紙の大きさは，日本産業規格Ａ列４とする。