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。