

(別紙様式 5)

番 号
年 月 日

診 察 通 知 書

殿

都道府県知事名 印

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 4 5 条の 2 第 4 項の規定に基づく精神保健指定医による診察を、下記のとおり実施することとなりましたので通知します。

なお、診察を受けられない理由がある場合は、あらかじめ下記の連絡先へ申し出て下さい。また、当日は本書を持参し提示して下さい。

記

1 診察を行う理由

2 診 察 予 定 日 時

3 場 所

(備考) 案内図等を表記

4 連 絡 先