

様式第1号の2（第4条の2関係）

退院申出の届出書

年 月 日

兵庫県知事 様

病院名.....

所在地.....

管理者名.....

電話（ ） -

電子メール.....

次の精神障害者から退院の申出があり、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項の要件に該当する者と認められるので、同法第26条の2の規定により届け出ます。

精神障害者	居住地				
	氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
入院年月日					
症状の概要					
退院申出の理由					
保健所受付			県 受 付		