様式第12号(第5条関係)

年　　月　　日

　福井県知事　様

病院管理者　氏名

意見書

　本病院に措置入院中の下記の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の4第1項の規定により意見を述べます。

記

1　本人の住所、氏名、性別および生年月日

2　病名

3　総合意見