様式第3号(第3条関係)

年　　月　　日

　福井県知事　様

病院管理者　氏名

措置要件該当者届

　本病院に入院中の精神障害者であつて、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と認められる下記の者から退院の申出があつたので精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第26条の2の規定により届け出ます。

記

1　本人の住所、氏名、性別および生年月日

2　家族等の住所、氏名および続柄

3　病名および症状の概要

4　退院の理由

5　申し出ている退院予定日