（様式２４号）

措置入院者仮退院期間（延長・変更）願

　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日

　　　　　　保健福祉環境事務所長　殿

　　　　　 　　病院所在地

　　　　　 　 　病　院　名

　　　　　 　　管理者名

　　　　年　　月　　日　　第　　　号をもって仮退院が許可された者について、下記のとおり

　　仮退院期間の（延長・変更）をお願いします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 措置入院者 | 氏名 |  | | | 男  ・  女 | 生年  月日 | 年　　月 　日生  　 　（満 歳） |  |
| 住所 | 都道　　　　　　　郡市　　 町村  府県 区 区 | | | | | |
| 家　族 等 | 氏名 |  | 男  ・  女 | 続柄 | | 生年  月日 | 年　　月 　日生  　 　（満 歳） |
|  | |
| 住所 | 都道 　郡市　　 町村  府県 区 区 | | | | | |
| 許可になった  仮退院期間 | 年 月 日 から 　　 年 月 日　まで | | | | | | |
| 今回（延長・変更 ）  しようとする期間 | 年 月 日 から 　　 年 月 日　まで | | | | | | |
| （延長・変更）の理由  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　精神保健指定医氏名 　　 署名 | | | | | | | |

※　延長の場合には、当初の仮退院許可期間中（満了日の３日以上前まで）に取扱い保健福祉（環境）

　　事務所長あて１部提出のこと。

　※　変更の場合には、当初の仮退院許可初日の３日以上前までに取扱い保健福祉（環境）事務所長へ

　　１部提出のこと。