（様式２５号）

措置入院者仮退院取消願

 　　　　　　　　　　　　 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措置入院者○○○○○氏については、症状が悪化し仮退院が不可能となりましたので、仮退院許可通知書を添え取消しをお願いします。

 ※　取扱い保健福祉（環境）事務所長あて１部提出のこと。

 必ず仮退院許可通知書を添付すること。