（様式２１号）

 　　　 無　断　退　去　届

 　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日

 　　　保健福祉（環境）事務所長　　殿

　　　　　 　 　病院所在地

 　　　　　 　　病　院　名

 　　　　　 　　病院管理者

　下記のとおり入院中の者が無断退去し行方不明となりましたので、お届けします。

 記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  患 者 |  住　　所 |  |  |
| 氏　名 |  | 男・女 | 　　　　　　年　　月　　日 |
|  入院区分 |  措　置・医療保護・任　意・ 応　急・その他(　　　　　) |  入院又は 措置年月日 |  　　 　 年　　　月　　　日 |
| 家族等 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  | 続柄 |  |
|  退 去 状 況 |  退去日時 |  　前 　　　　 年　　　月　　　日 午　 時 分 後 |
|  退去当時の状 況及び病院の とった処置 |  |
|  退去当時の 概　　　要 |  |
|  届出した警察署名 |  警察署 |  届出年月日 |  　　　　　 年　　　月　　　日 |

 ※１　措置入院者については、取扱い保健福祉（環境）事務所及び最寄りの保健福祉（環境）事務所長に

 対し、保護探索願（写）（様式２０号）を添付の上、それぞれ１部提出すること。

 ２　措置入院以外の入院者については、最寄りの保健福祉（環境）事務所長に１部提出すること。