

진단 및 보호 신청서

※ 해당되는 []에 √표시를 하시기 바라며, 진하게 칠해진 부분은 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	접수기관		
신청인	성명	소속기관명	전화번호	
	자격 [] 정신건강의학과전문의 [] 정신건강전문요원			
피신청인	성명	생년월일 (남, 여)	전화번호	
	주소			
	증상·증세 및 행동의 개요			
	※ 해당사항은 파악할 수 있는 경우만 적습니다.			
보호 의무자 또는 보호자	성명	주소	전화번호	
	피신청인과의 관계			
※ 해당사항은 파악할 수 있는 경우만 적습니다.				
경찰관	성명	소속	직위	전화번호
	※ 경찰관이 정신건강의학과전문의 또는 정신건강전문요원에게 신청한 경우만 적습니다.			

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제44조, 같은 법 시행령 제19조제1항 및 같은 법 시행규칙 제36조제1항에 따라 위와 같이 진단 및 보호를 신청합니다.

년 월 일

신청인:

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하