

■ 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 [별지 제22호서식]

퇴원등 또는 처우개선 심사 결과 통지서

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

심사청구접수일		청구번호		구분			
년	월	일					
통지 대상	[] 환자	성명	주민등록번호	(남, 여)	전화번호		
		주소					
		입원(입소)유형: [] 보호입원(입소) [] 행정입원(입소)					
	[] 보호 의무 자I	성명	생년월일	전화번호			
		주소			환자와의 관계		
	[] 보호 의무 자II	성명	생년월일	전화번호			
		주소			환자와의 관계		
	[] 정신 건강 증진 시설	명칭			전화번호		
		주소					

■ 조치사항

■ 조치 사유

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제59조제4항 및 같은 법 시행규칙 제44조에 따라 위와 같이 통지합니다.

년 월 일

특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장

인

정신의료기관등의 장 / 환자 또는 보호의무자 귀하

※ 환자 또는 보호의무자는 위 심사결과 및 조치에 불복이 있는 경우 심사결과 및 조치통지서를 받은 날
부터 14일 이내에 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시 · 도지사에게 재심사를 청구할 수 있습니다.

백상지(80g/m²) 또는 종질지(80g/m²)