

응 급 입 원 의 료 서

접수번호		접수일		처리기간	72시간
신청인	성명	생년월일	전화번호		
	(남, 여)				
주소					
피신청인	성명	생년월일	전화번호		
	주소				
	발견장소				
	보호의무자 성명			피신청인과의 관계	
	주소				
증상의 개요					
입원동의 의사	면허번호:		성명: (서명 또는 인)		
호송 경찰관	직급:		소속:		성명: (서명 또는 인)

「정신보건법」 제26조제1항, 같은 법 시행령 제7조제1항 및 같은 법 시행규칙 제16조에 따라 위와 같이 입원의뢰하오니 조치하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의뢰인: (서명 또는 인)

정신의료기관의 장 귀하