

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