

호송의뢰서

접수번호	접수일	접수기관	
호송의뢰 기관	특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장		
호송의뢰인	성명	소속부서	직위(직책)
	연락처		호송의뢰 담당자
호송대상자	성명	생년월일 (남, 여)	연락처
	주소		
	현재 소재지(병원 등의 기관일 경우 그 장소를 적습니다)		
	증상 및 행동의 개요		
보호 의무자 (보호자)	성명	호송대상자와의 관계	연락처
	주소		
지정정신의료 기관	명칭	담당자	연락처
	주소		

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제64조제6항, 같은 법 시행규칙 제47조의2제4항에 따라 위와 같이 대상자의 평가를 위한 호송을 의뢰합니다.

년 월 일

특별자치시장·특별자치도지사·
시장·군수·구청장

직인

119구급대 귀하

이 호송의뢰서는 아래와 같이 처리됩니다.

처 리 절 차

