

山形市保健所長 様

所在地
病院名
管理者

退院後生活環境相談担当者の選任報告書

当院に入院している下記の精神障がい者について、退院後生活環境相談担当者を選任しましたので報告します。

記

1 対象となる精神障がい者

住 所			
氏 名		男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成	年	月 日
入院年月日		年	月 日
入院形態	入院当初の入院形態： 現在の入院形態：		

2 選任した退院後生活環境相談担当者

選任した担当者氏名			
選任した担当者の職種			
選任年月日		年	月 日
連絡先電話番号	— —		